

М. И. Авдеев

**СУДЕБНАЯ
МЕДИЦИНА**

Госюриздат · 1960

**Член-корреспондент АМН СССР
профессор М. И. АВДЕЕВ**

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

**ДОПУЩЕНО ГЛАВНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ
УНИВЕРСИТЕТОВ, ЭКОНОМИЧЕСКИХ
И ЮРИДИЧЕСКИХ ВУЗОВ МИНИСТЕРСТВА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ СССР
В КАЧЕСТВЕ УЧЕБНИКА
ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ИНСТИТУТОВ
И ЮРИДИЧЕСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ
УНИВЕРСИТЕТОВ**

***Издание пятое, переработанное
и дополненное***

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
ЮРИДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
Москва — 1960**

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Предисловие к пятому изданию	3
Предисловие к четвертому изданию	3

ВВЕДЕНИЕ

§ 1. Понятие о судебной медицине	5
§ 2. Краткий исторический очерк развития судебной медицины в России	7
§ 3. Развитие судебной медицины в СССР	10
§ 4. Реакционные теории в судебной медицине капиталистических стран	13

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Глава I. Судебномедицинская экспертиза в уголовном процессе

§ 5. Общие положения	15
§ 6. Предмет судебномедицинской экспертизы	17
§ 7. Судебномедицинские эксперты	19
§ 8. Виды судебномедицинской экспертизы	20
§ 9. Пределы компетенции судебномедицинской экспертизы	22
§ 10. Судебномедицинская экспертиза на предварительном следствии и при дознании	27
§ 11. Экспертиза в судебном заседании	30
§ 12. Судебномедицинская экспертиза в гражданском процессе	31
§ 13. Документы судебномедицинской экспертизы	32

Глава II. Организация советской судебномедицинской экспертизы

§ 14. Судебномедицинская экспертиза в системе Министерства здравоохранения СССР	35
§ 15. Должности судебномедицинских экспертов	37
§ 16. Судебномедицинские учреждения	45

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВНЕШНЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Раздел I. Воздействие механических факторов

Глава III. Повреждение (травма)

§ 17. Общая характеристика повреждений и их виды	47
§ 18. Классификация повреждений по происхождению	55
§ 19. Повреждения от тупых орудий (оружия)	56

Стр.

§ 20. Транспортная травма и судебномедицинская экспертиза при транспортных происшествиях	68
§ 21. Спортивная травма	86
§ 22. Повреждения острыми орудиями и оружием	87

Глава IV. Повреждения от огнестрельного оружия

§ 23. Оружие и боеприпасы	95
§ 24. Факторы, вызывающие образование огнестрельного повреждения	110
§ 25. Следы близкого выстрела	112
§ 26. Отложение копоти при выстрелах на дальнем расстоянии (феномен И. В. Виноградова)	119
§ 27. Составные элементы огнестрельного повреждения	122
§ 28. Происхождение огнестрельных повреждений	148
§ 29. Повреждения от взрывчатых веществ, мин, снарядов, гранат и их частей (запалов, детонаторов, взрывателей)	149

Глава V. Судебномедицинская экспертиза смертельных повреждений

§ 30. Смертельные повреждения	151
§ 31. Отличие прижизненных повреждений от посмертных	154
§ 32. Способность к действию при смертельных повреждениях	156

Раздел II. Расстройство здоровья и смерть от кислородного голодания (задушение)

Глава VI. Кислородное голодание (задушение), вызванное механическими факторами

§ 33. Процесс дыхания и кислородное голодание	161
§ 34. Прижизненное течение задушения	163
§ 35. Задушение от механических причин	166
§ 36. Задушение от действия ядовитых веществ	188
§ 37. Задушение от недостатка кислорода во вдыхаемом воздухе	188
§ 38. Задушение от кровопотери	189
§ 39. Задушение при болезненных (патологических) состояниях	189

Раздел III. Воздействие других физических факторов

Глава VII. Болезненные расстройства и смерть от действия высокой и низкой температур

§ 40. Действие высокой температуры	190
§ 41. Действие низкой температуры	195

Глава VIII. Расстройство здоровья и смерть от электричества

§ 42. Поражение промышленным электрическим током (электротравма)	199
§ 43. Поражение атмосферным электричеством (молнией)	210

Глава IX. Расстройство здоровья и смерть от действия ионизирующего излучения (лучевая болезнь)

§ 44. Источники ионизирующего излучения. Типы излучения. Дозы	211
§ 45. Действие ионизирующего излучения на организм человека — лучевая болезнь	214

Глава X. Расстройство здоровья и смерть от необычно высокого и низкого атмосферного давления

§ 46. Болезненные расстройства и смерть от высокого атмосферного давления (кессонная болезнь)	218
§ 47. Болезненные расстройства и смерть от низкого атмосферного давления (горная, высотная болезнь)	219

Раздел IV. Воздействие химических факторов

Глава XI. Расстройство здоровья и смерть от действия химических веществ

§ 48. Общие данные	220
§ 49. Условия действия яда	224
§ 50. Действие ядов на организм	227
§ 51. Происхождение отравлений	229
§ 52. Судебномедицинское доказательство бывшего отравления	230
§ 53. Отдельные яды и их действие	240

Глава XII. Пищевые отравления

§ 54. Общие данные	253
§ 55. Происхождение отравлений	254
§ 56. Пищевые отравления бактериального происхождения (токсико-инфекции)	255
§ 57. Пищевые отравления небактериального происхождения	264
§ 58. Пищевые отравления невыясненного происхождения	271
§ 59. Расследование пищевого отравления	272
§ 60. Примерный план обследования вспышки пищевого отравления	274
§ 61. Порядок расследования и учета пищевых отравлений государственной санитарной инспекцией	277

Раздел V. Другие виды внешнего воздействия, вызывающие расстройство здоровья и смерть

Глава XIII. Болезненные расстройства и смерть от психических воздействий, переутомления и физического перенапряжения, от голода

§ 62. Болезненные расстройства и смерть от психических воздействий	283
§ 63. Болезненные расстройства и смерть от переутомления и физического перенапряжения	284
§ 64. Болезненные расстройства и смерть от голода	285

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ЖИВЫХ ЛИЦ

Раздел I. Поводы к экспертизе живых лиц и общие положения

Глава XIV. Порядок производства экспертизы живых лиц

§ 65. Поводы исследования живых лиц	288
§ 66. Особенности производства экспертизы живых лиц	289

Стр.

Раздел II. Отдельные виды судебномедицинского исследования живых лиц 294

Глава XV. Экспертиза по поводу несмертельных телесных повреждений

- § 67. Общие данные 294
- § 68. Определение степени тяжести телесных повреждений 299
- § 69. Экспертиза заражения венерической болезнью 309
- § 70. Определение потери трудоспособности 314

Глава XVI. Экспертиза определения состояния здоровья, искусственных и притворных болезней

- § 71. Определение состояния здоровья 331
- § 72. Экспертиза искусственных и притворных болезней 333
- § 73. Симуляция умышленная и симуляция патологическая 336
- § 74. Симуляция отдельных симптомов 337
- § 75. Аггравация 344
- § 76. Самоповреждение 345
- § 77. Вопросы, разрешаемые судебномедицинской экспертизой при искусственных и притворных болезнях 362

Глава XVII. Экспертиза полового состояния

- § 78. Определение половой зрелости 364
- § 79. Установление половой неприкосновенности (девственности) 368
- § 80. Определение производительной способности 370
- § 81. Спорное половое состояние (гермафродитизм) 374

Глава XVIII. Экспертиза беременности, родов, аборта

- § 82. Экспертиза беременности 375
- § 83—84. Незаконное прерывание беременности 376

Глава XIX. Экспертиза при половых преступлениях

- § 85. Экспертиза по поводу насильственного полового сношения 382
- § 86. Развратные действия 391
- § 87. Мужеложство (гомосексуализм) 393

Глава XX. Другие виды судебномедицинской экспертизы живых лиц

- § 88. Определение возраста 395
- § 89. Определение тождества личности 400

ЧАСТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ТРУПА

Раздел I. Общие положения осмотра и исследования трупа

Глава XXI. Учение о смерти и трупных явлениях

	Стр.
§ 90. Умирание и смерть	402
§ 91. Классификация причин смерти	405
§ 92. Первоначальные признаки наступления смерти	406
§ 93. Поздние трупные явления	411

Глава XXII. Судебномедицинское исследование трупа

§ 94. Патологоанатомическое вскрытие	420
§ 95. Судебномедицинское исследование трупа	421
§ 96. Первоначальный осмотр трупа на месте происшествия	421
§ 97. Вскрытие трупа	426
§ 98. Составление акта исследования трупа	428
§ 99. Эксгумация	429
§ 100. Исследование измененных трупов	432
§ 101. Дополнительные исследования	434
§ 102. Оpozнание трупа	435
§ 103. Реставрация трупа	437

Раздел II. Роды и виды смерти

Глава XXIII. Смерть ненасильственная

§ 104. Общие данные	447
§ 105. Судебномедицинская диагностика смерти в связи с преступным абортом	449

Глава XXIV. Судебномедицинская диагностика внезапной
и скоропостижной смерти

§ 106. Определение внезапной и скоропостижной смерти	451
§ 107. Скоропостижная смерть при особых обстоятельствах	454

Глава XXV. Судебномедицинская экспертиза при расследовании
дел о самоубийствах

§ 108. Мотивы, поводы и причины самоубийства	457
§ 109. Самоубийства при некоторых заболеваниях. Вопросы экспертизе	466

Глава XXVI. Исследование трупов новорожденных

§ 110. Вопросы, разрешаемые при вскрытии трупов новорожденных	467
§ 111. Причины смерти новорожденных	471
§ 112. Исследование выкидышей	474

ЧАСТЬ ПЯТАЯ**СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА)
ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ****Глава XXVII. Судебномедицинское исследование
вещественных доказательств**

	<i>Стр.</i>
§ 113. Общие данные	479
§ 114. Порядок исследования вещественных доказательств	481
§ 115. Исследование следов крови	484
§ 116. Исследование волос	495
§ 117. Исследование семенных пятен	502
§ 118. Другие объекты исследования	506

ЧАСТЬ ШЕСТАЯ**СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА)
ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА****Глава XXVIII. Судебномедицинское исследование (экспертиза)
по материалам дела 508****ЧАСТЬ СЕДЬМАЯ****УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

Глава XXIX. Судебномедицинская экспертиза в связи с уголовной ответственностью медицинского персонала	513
Предметный указатель	527

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЯТОМУ ИЗДАНИЮ

После выхода четвертого издания учебника прошло свыше пяти лет. В соответствии с новыми данными в теории и практике предмета в учебник внесены необходимые изменения. Учебник дополнен главой о действии ионизирующего излучения. Даны новые образцы судебномедицинских документов и иллюстративный материал. Некоторым изменениям подверглась и структура учебника.

М. Авдеев

ПРЕДИСЛОВИЕ К ЧЕТВЕРТОМУ ИЗДАНИЮ

Со времени выхода в свет первого издания учебника судебной медицины для юристов прошло более трех лет. Необходимость в четвертом издании свидетельствует о большой нужде в судебномедицинской литературе. Учебник, предназначенный для студентов юридических институтов и юридических факультетов университетов, получил распространение среди студентов медицинских институтов и врачей, оказавшись полезным и медицинским работникам. Однако целевое назначение учебника не позволило расширить рамки сведений, необходимых студентам-юристам, и заставило сохранить доступную для них форму изложения. Необходимо было считаться с отсутствием у слушателя общебиологической подготовки и стараться в наиболее доступной и приемлемой форме давать представления о медицинских понятиях, физиологических и патологических процессах.

Еще более убедился автор в необходимости системы предмета.

Некоторые разделы учебника в настоящем издании переработаны, в другие — внесены дополнения.

Переработан и дополнен раздел «Процессуальные и организационные положения судебномедицинской экспертизы» в связи с изменениями в структуре. В связи с неправильным представлением отдельных судебных медиков о процессуальных правах эксперта необходимо было упомянуть о пределах компетенции судебномедицинского эксперта.

Приведены некоторые новые данные в главе о повреждениях от огнестрельного оружия.

Глава о пищевых отравлениях дополнена сведениями о санитарном обследовании вспышки пищевого отравления. Новые данные приведены о медицинских показаниях к аборту.

Полученные автором замечания отдельных лиц заставили обновить и несколько расширить образцы судебномедицинских документов, примерные акты отдельных видов судебномедицинской экспертизы. Образцы актов судебномедицинской экспертизы оказались полезными не только слушателям, но и практическим работникам суда и следствия.

Обновлен и дополнен иллюстративный материал.

Большую помощь в выявлении отдельных недостатков в учебнике оказали замечания, сделанные отдельными лицами, и обсуждение учебника в Московском обществе судебных медиков и криминалистов.

Хочется выразить уверенность, что и четвертое издание учебника встретит благожелательное отношение, окажет существенную помощь в усвоении курса судебной медицины студентами-юристами. Автором с благодарностью будут приняты все деловые замечания, касающиеся замеченных недостатков учебника.

Автор

ВВЕДЕНИЕ

- § 1. Понятие о судебной медицине. § 2. Краткий исторический очерк развития судебной медицины в России. § 3. Развитие судебной медицины в СССР.
§ 4. Реакционные теории в судебной медицине капиталистических стран

§ 1. Понятие о судебной медицине

Судебной медициной называется отрасль медицины, содержание которой составляют изучение и разработка вопросов медицинского и биологического характера, возникающих в правовой практике. В той или иной степени эти вопросы могут касаться всех отраслей медицины. Однако было бы ошибочным полагать, что судебная медицина представляет собой комплекс отдельных медицинских дисциплин, объединенных механически в единое целое. В процессе развития права и медицины от эпизодических объяснений отдельных фактов и явлений по мере усложнения и расширения обеих отраслей науки судебная медицина сформировалась и выделилась в самостоятельную медицинскую дисциплину со своим определенным, строго очерченным кругом вопросов и методами исследования.

Будучи отраслью медицины, судебная медицина развивается и совершенствуется. Она использует успехи и достижения различных медицинских дисциплин и их методы исследования для теоретической и практической разработки своих специальных вопросов. С другой стороны на развитие судебной медицины большое влияние оказала и наука права. Правовая практика ставит новые и разнообразные вопросы, требующие углубленного и всестороннего исследования. Потребности правовой практики и определяют в основном содержание судебной медицины, включающее вопросы, связанные с изучением основных объектов судебно-медицинского исследования: живых лиц, трупов, вещественных доказательств, а также порядка их исследования. Помимо этого, судебная медицина включает также и процессуальные вопросы, касающиеся практического применения судебной медицины в правовой практике. Практическое применение медицинских сведений в следственной и судебной практике составляет содержание судебно-медицинской экспертизы. Как и во всякой специальной отрасли медицины, например хирургии, гинекологии и любой другой, практическая судебно-медицинская деятельность может успешно осуществляться лишь при специальной теоретической и практической подготовке в области

судебной медицины, тем более, что в настоящее время некоторые разделы судебной медицины, например исследование вещественных доказательств, настолько расширились, что требуют особой специальной подготовки. Поэтому практическая судебно-медицинская деятельность в основном должна осуществляться только специалистами, судебно-медицинскими экспертами, хотя каждый врач имеет общее представление о судебной медицине и может быть привлечен в качестве эксперта в порядке ст. 193 УПК РСФСР¹. Из этого в то же время не следует, что специалист — судебно-медицинский эксперт может быть экспертом по любому медицинскому вопросу. По вопросам, касающимся других отраслей медицины, целесообразнее и правильнее приглашать именно тех специалистов, которые компетентны в этой области медицины.

Преподавание судебной медицины в медицинских институтах, как и изучение других медицинских дисциплин, дает будущему врачу лишь общетеоретическую подготовку и минимум практических навыков. Дальнейшая специализация приобретает совершенство с приобретением знаний в этой области.

Знание основ судебной медицины, безусловно, необходимо и юристам, особенно работникам органов расследования, постоянно встречающимся в практике с судебно-медицинскими вопросами. Для того чтобы успешно провести следствие или судебный процесс, правильно оценить заключение экспертов, юрист должен иметь представление о возможностях судебной медицины и пределах компетенции судебно-медицинской экспертизы. При этом условии он сможет правильно подобрать нужных экспертов, сформулировать вопросы, критически оценить их заключения. Но, кроме того, юристу, особенно следователю, нужно обладать и некоторыми практическими сведениями и навыками в области судебной медицины для применения их в повседневной работе. Нередко следователю приходится самому осматривать труп на месте происшествия. Обладая знаниями основ судебной медицины, следователь сможет ориентироваться в определении давности наступления смерти, характере повреждений, выявить важные детали и особенности происшествия. Поэтому преподаванию судебной медицины в юридических институтах и на юридических факультетах университетов уделяется большое внимание.

Система предмета судебной медицины определяется существующей практикой советской судебно-медицинской экспертизы. Как будет видно дальше, объектами судебно-медицинского ис-

¹ В учебнике приводятся статьи кодексов РСФСР. Следует учитывать соответствующие статьи кодексов других союзных республик.

следования являются трупы, живые лица и вещественные доказательства.

Поводами к судебномедицинскому исследованию (экспертизе) этих объектов в основном являются различные виды внешнего воздействия. Этим разделам специальной части предмета судебной медицины должны быть предпосланы организационно-процессуальные положения судебномедицинской экспертизы. Самостоятельный раздел составляет судебномедицинская экспертиза по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинского персонала.

Таким образом, система предмета судебной медицины представляется нам в следующем виде:

1) процессуальные и организационные положения судебно-медицинской экспертизы;

2) различные виды внешнего воздействия на организм человека, вызывающие болезненные расстройства или смерть;

3) судебномедицинское исследование (экспертиза) живых лиц;

4) судебномедицинское исследование (экспертиза) трупа;

5) судебномедицинское исследование (экспертиза) вещественных доказательств;

6) судебномедицинское исследование (экспертиза) по материалам следственных и судебных дел;

7) судебномедицинская экспертиза по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинского персонала.

Эта система предмета положена нами в основу настоящего учебника.

§ 2. Краткий исторический очерк развития судебной медицины в России

В допетровское время имелись лишь отдельные указания на врачебные освидетельствования, носившие судебномедицинский характер. В XVII веке осмотры ран, увечий и трупов убитых производились должностными лицами с понятыми. Первые официальные указания об обязательных судебномедицинских исследованиях относятся к началу XVIII века.

В 1714 году появился Воинский устав Петра I. Артикул 154 этого устава предписывал в случаях смерти после повреждений, полученных в драке, привлекать лекаря для вскрытия трупа и определения причины смерти. В 1737 году последовало указание «в знатных городах» содержать лекарей, в обязанности которых входили и судебномедицинские освидетельствования.

Судебная медицина в XVIII и XIX веках развивалась в соответствии с развитием общей медицины и изменениями в судебной системе.

Практической судебно-медицинской деятельностью в XVIII и XIX веках руководили медицинские учреждения. Последние неоднократно подвергались реформам и переходили из одного министерства в другое. Медицинскими учреждениями ведали не врачи, а чиновники, не имевшие медицинского образования.

В 1797 году были учреждены врачебные управы, в функции которых входила и судебно-медицинская деятельность. В Положении о правах и обязанностях врачебных управ имелись уже указания о вскрытии трупов.

Судебная медицина в России стала преподаваться свыше ста пятидесяти лет тому назад.

В 1798 году открылись медико-хирургические училища в Москве и Петербурге. В Петербурге медико-хирургическое училище впоследствии превратилось в Военно-медицинскую академию, отмечавшую в 1949 году свой 150-летний юбилей. В этих училищах были учреждены кафедры судебной медицины.

В 1812 году законы о гражданском и уголовном судопроизводствах были дополнены правилами, согласно которым судебные места должны были обращаться к экспертам, если по делу необходимы сведения в науке, искусстве или ремесле.

В 1815 году было дано указание об освидетельствовании душевнобольных также по гражданским делам.

В 1823 году начал выходить военно-медицинский журнал. В нем стали появляться отдельные работы судебно-медицинского характера.

В 1829 году Медицинский Совет издал «Наставление врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел».

Из русских учебников судебной медицины известен учебник Громова, вышедший в 1832 году. Он свидетельствует о высоком уровне и обширном круге вопросов судебно-медицинской деятельности в России.

Крупные медицинские деятели в России уделяли внимание и судебно-медицинским вопросам. Известный русский хирург Буяльский (1799—1866 гг.) составил первые правила судебно-медицинского вскрытия трупов, вошедшие потом во Врачебный устав.

Н. И. Пирогов издал специальный атлас анатомии для судебных врачей. В его работах встречаются отдельные наблюдения судебно-медицинского характера, например касающиеся огнестрельных повреждений.

Судебная реформа 1864 года, введение гласного судопроизводства оказали влияние на развитие судебной медицины в России.

Устав уголовного судопроизводства определял права и обязанности судебных врачей и необходимость привлечения их в нужных случаях. Были проведены и некоторые реформы

в медицинских учреждениях, ведавших судебномедицинской деятельностью.

В прошлом веке своей деятельностью известны многие русские судебные медики: С. А. Громов, В. О. Мержеевский, Я. А. Чистович, Н. А. Оболонский, И. Н. Нейдинг и ряд других — много сделавшие для отечественной судебной медицины, уровень развития которой был выше состояния этой науки в других европейских странах, несмотря на тяжелые условия для научной деятельности в условиях невыносимого гнета царского режима и реакционности царского суда.

Существенные вопросы судебной медицины к тому времени были разработаны русскими судебными медиками. В. О. Мержеевский и Э. Ф. Беллин дали классические работы по судебной гинекологии. Открытие Чистовичем особых свойств крови (преципитинов) было положено в основу реакции, позволяющей по следам крови устанавливать происхождение ее от человека или определенного вида животного. Широко известны исследования волос, проведенные П. А. Минаковым, и ряд других исследований русских ученых — судебных медиков, значительно расширивших и углубивших отечественную судебную медицину.

В конце прошлого века началась деятельность крупнейшего русского судебного медика профессора П. А. Минакова. На Украине работал известный судебномедицинский деятель и криминалист профессор Н. С. Бокариус. Эти ученые много сделали и для развития советской судебной медицины. Н. С. Бокариус был основателем и руководителем Харьковского научно-исследовательского института судебной экспертизы, носящего теперь его имя.

Перед Великой Октябрьской социалистической революцией практическая судебномедицинская деятельность выполнялась уездными и городскими врачами, подчинявшимися министерству внутренних дел. Научная судебномедицинская деятельность сосредоточивалась на кафедрах судебной медицины и была оторвана от судебномедицинской практики. Преподавание судебной медицины на медицинских факультетах было весьма ограниченным.

Состояние судебномедицинской науки и практики до Великой Октябрьской социалистической революции нельзя было признать удовлетворительным.

Практическая судебномедицинская деятельность в дореволюционной России, направлявшаяся министерством внутренних дел, возлагалась на полицейских врачей, обслуживавших органы суда и следствия, и в силу своей классовой направленности была реакционной.

Классовую политическую направленность и реакционную сущность судебномедицинской экспертизы в дореволюционной

России необходимо учитывать при изучении истории судебной медицины в России, отдавая должное тем прогрессивным деятелям, которые много сделали для развития отечественной судебной медицины.

Успешное и плодотворное развертывание научной и практической работы в области судебной медицины и судебномедицинской экспертизы стало возможным лишь после Великой Октябрьской социалистической революции.

§ 3. Развитие судебной медицины в СССР

Животворная сила социалистического строя предоставила неограниченные возможности для развития всех отраслей науки. В области судебной медицины это сказалось в росте научной и практической судебномедицинской деятельности.

Развитие и рост судебной медицины за истекшие годы существования социалистического государства наглядно свидетельствуют о бесспорных преимуществах и превосходстве советской судебной медицины по сравнению с развитием и положением судебной медицины в капиталистических странах и в дореволюционной России.

Преимущества и превосходства советской судебной медицины определяются новыми социальными условиями, сложившимися в нашей стране после Великой Октябрьской социалистической революции и определяющими развитие науки, поставленной на службу интересам государства. Советская судебная медицина призвана служить советскому правосудию, социалистической законности. В этом ее принципиальное отличие от судебномедицинской теории и практики капиталистических стран.

В интересах укрепления социалистической законности Советское государство создало специальную, широко разветвленную организацию — судебномедицинскую экспертизу, основным назначением которой является обслуживание квалифицированной экспертизой органов суда и следствия. Только социалистическое государство, заинтересованное в строгом соблюдении социалистической законности в осуществлении правосудия, обеспечивающее действительные процессуальные гарантии, имеет возможность создать государственную организацию со специальными функциями — судебномедицинскую экспертизу.

Великая Октябрьская социалистическая революция, изменившая социально-экономический строй в России, привела к коренной перестройке всей государственной системы, в частности здравоохранения.

Советское здравоохранение стало органической составной частью советской государственной системы, стало осуществляться государством и за счет государства.

Основные принципы советского здравоохранения определяются программой КПСС и Конституцией СССР. Развитие и деятельность советского здравоохранения подчинены единому плану социалистического строительства и непрерывно с ним связаны.

Внеочередной XXI съезд Коммунистической партии Советского Союза наметил величественные планы развернутого строительства коммунизма. В Советской стране достигнут подлинный расцвет культуры всех наций и народностей, созданы безграничные возможности для всестороннего развития науки, техники, литературы и искусства. В предстоящей семилетний период будут созданы необходимые условия для еще более быстрого развития всех отраслей науки, осуществления важных теоретических исследований и новых научных открытий.

Семилетний план предусматривает дальнейшее улучшение охраны здоровья населения. Капитальные вложения в строительство учреждений здравоохранения, социального обеспечения, физкультуры и спорта, медицинскую промышленность составят более 25 млрд. руб.

Постановление Центрального Комитета КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению обслуживания и охраны здоровья населения» предусматривает дальнейшее расширение мероприятий по охране здоровья населения и развитию медицинской науки. Это историческое постановление относится к работникам судебно-медицинской экспертизы, которые обязаны шире развернуть профилактическую работу по предупреждению бытового, уличного травматизма, дефектов медицинского обеспечения.

Исключительные возможности раскрываются и перед медицинской наукой по изучению и разработке материалов судебно-медицинской практики.

Усилия медицинских научных работников направлены на решение важнейших задач здравоохранения. Особое внимание, уделяемое вопросам профилактики, позволило ликвидировать ряд инфекционных заболеваний. Усилия Академии медицинских наук СССР направлены на широкий подъем медицинской науки и на быстрее внедрение в практику ее достижений.

С первых шагов строительства советского здравоохранения судебно-медицинская экспертиза была включена в систему органов здравоохранения. Дальнейшее развитие советской судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы за истекшие 40 с лишним лет определялось плановым развитием советского здравоохранения, все звенья которого связаны в единое целое и подчинены единым целям и задачам. Успехи судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы отражают успехи здравоохранения и советской медицинской науки в целом.

Включение судебномедицинской экспертизы в систему органов здравоохранения благоприятно сказалось на успешном росте данной отрасли медицины, сохранившей благодаря этому необходимую органическую связь с общей медициной, на основе которой судебная медицина и развивается.

Это обстоятельство позволило:

а) развернуть единую организацию в виде сети специальных учреждений и должностей, организацию с определенными целями и задачами, работающую по единому плану, под единым руководством;

б) в плановом порядке проводить подготовку и усовершенствование специалистов — судебномедицинских экспертов, преподавателей, научных работников по судебной медицине;

в) подготавливать высококвалифицированных специалистов (трехгодичная аспирантура) в Институте судебной медицины и на кафедрах судебной медицины при медицинских институтах; осуществлять усовершенствование специалистов — судебномедицинских экспертов в институтах усовершенствования врачей в Москве, Ленинграде, Киеве;

г) разрабатывать и проводить в жизнь единые руководящие организационно-методические указания в области научной и практической судебномедицинской деятельности;

д) создать руководящий научный центр в виде Научно-исследовательского института судебной медицины;

е) привлечь к практической и организационной работе в области судебномедицинской экспертизы профессоров, заведующих кафедрами судебной медицины. Многие профессора одновременно являются руководителями республиканских и областных судебномедицинских учреждений;

ж) организовать контроль и наблюдение над проведением судебномедицинских исследований в подчиненных судебномедицинских учреждениях, проводить проверочные исследования и повторные экспертизы квалифицированными и авторитетными специалистами;

з) предоставить широкую возможность судебномедицинской экспертизе пользоваться всеми специальными учреждениями, организациями и специалистами органов здравоохранения для специальных исследований и экспертиз;

и) обобщать и изучать опыт работ судебномедицинской экспертизы;

к) возложить на судебномедицинскую экспертизу выполнение некоторых дополнительных обязанностей в области здравоохранения, например патологоанатомическую работу в районах.

С 1947 года по приказу министра здравоохранения из числа оканчивающих медицинские институты ежегодно должно выде-

ляться 300 молодых врачей для укомплектования судебно-медицинской сети экспертов. С 1948 года введена аттестация судебно-медицинских экспертов.

Эти основные мероприятия свидетельствуют о широких возможностях судебно-медицинской экспертизы в условиях развития социалистического здравоохранения.

В СССР ученым предоставлены все возможности для плодотворной научной работы, создана широкая сеть научных учреждений, оснащенных новейшим оборудованием. Такие широкие возможности развития открылись и в области научной работы по судебной медицине.

Помимо Научно-исследовательского института судебной медицины, научную работу в области судебной медицины проводят многочисленные кафедры судебной медицины в медицинских институтах и академиях. За истекшие годы подготовлены многочисленные кадры научных работников в области судебной медицины. Значительно расширилось и улучшилось преподавание судебной медицины в медицинских и юридических институтах.

Судебная медицина — одна из отраслей советской медицинской науки, единым методом которой является диалектический материализм.

Решения XXI съезда КПСС указывают на необходимость продолжать непримиримую борьбу с враждебной буржуазной идеологией и требуют постоянно укреплять связь научных учреждений с практикой.

§ 4. Реакционные теории в судебной медицине капиталистических стран

Необходимо упомянуть и о реакционной направленности теории в области отдельных судебно-медицинских исследований в капиталистических странах. В этих странах на фоне положительных научных исследований классовая направленность судебно-медицинских работ, основывающихся на реакционных псевдонаучных теориях, характеризуется подчинением ее целям национальной дискриминации и расовым доктринам. Они особенно стали расцветать с приходом к власти фашистов в Германии. Так, в фашистской Германии разрабатывались и внедрялись в практику «методы» и «способы» происхождения по исследованиям крови.

Человеконенавистническая расовая политика германского фашизма получила поддержку реакционных теорий в генетике. Подобная псевдонаучная «экспертиза» чистоты расы на основе «научных» теорий широко применялась в фашистской Германии.

Классовая направленность в судебной медицине капиталистических стран проявляется в процветании и дальнейшем расширении реакционнейших ломброзианских теорий и направлений «криминальной антропологии», «криминальной биологии» и других псевдонаучных направлений, имеющих целью отвлечь внимание и скрыть ведущую роль социально-экономических факторов роста преступности, самоубийств в капиталистических странах, разжигать шовинизм, национальную рознь, оправдывать принудительную стерилизацию, зверскую расправу буржуазного суда с прогрессивными и демократическими элементами.

Наряду с несомненными достижениями в глубокой научной разработке проблем и особенно частных методов исследования в области судебной медицины имеет место и подчинение ее классовым интересам буржуазии и ее органов расправы с демократическими и прогрессивными элементами.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

ГЛАВА I

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ¹

§ 5. Общие положения. § 6. Предмет судебномедицинской экспертизы. § 7. Судебномедицинские эксперты. § 8. Виды судебномедицинской экспертизы. § 9. Пределы компетенции судебномедицинской экспертизы. § 10. Судебномедицинская экспертиза на предварительном следствии и при дознании. § 11. Экспертиза в судебном заседании. § 12. Судебномедицинская экспертиза в гражданском процессе. § 13. Документы судебномедицинской экспертизы

§ 5. Общие положения

Мероприятия ЦК КПСС по укреплению социалистической законности одобрены XXI съездом Коммунистической партии Советского Союза. Партия и Советское правительство требуют от всех партийных и советских органов строгого соблюдения социалистической законности и решительной борьбы с малейшими проявлениями беззакония и произвола. Большое значение придается в настоящее время и участию во всех мероприятиях по укреплению социалистической законности широкой общественности.

На дальнейшее укрепление социалистического правопорядка направлены принятые 2-й сессией Верховного Совета СССР V созыва (22—25 декабря 1958 г.) основные законы.

Правосудие в СССР осуществляется на началах равенства граждан перед законом и судом независимо от их социального, имущественного и служебного положения, национальной и расовой принадлежности и вероисповедания.

Процессуальные права обвиняемого и подсудимого строго охраняются и обеспечиваются законом. В частности, этим

¹ Глава написана при участии доцента кандидата юридических наук В. М. Никифорова.

объясняется и широкое применение в советском уголовном процессе научной экспертизы.

При расследовании и судебном разбирательстве уголовных и гражданских дел возникают многочисленные вопросы специального характера, которые не могут быть разрешены самим следователем или судом. Для разрешения таких вопросов следователь или суд приглашает сведущих лиц — экспертов, обладающих специальными познаниями в науке, искусстве или ремесле (ст. 63 УПК).

Назначение экспертизы, вызов и выбор экспертов зависят от усмотрения следователя или судьи. Лишь в немногих случаях Уголовно-процессуальный кодекс предусматривает обязательный вызов экспертов: для установления причины смерти и характера телесных повреждений, а также для определения психического состояния обвиняемого или свидетеля в тех случаях, когда у суда или следователя по этому поводу возникают сомнения (примечание 1 к ст. 63 УПК).

Экспертов необходимо приглашать при разрешении вопроса о способности лиц быть свидетелями, когда лица, вызванные в качестве свидетелей, имеют физические или психические недостатки, вызывающие сомнение у следствия и суда в том, способны ли они правильно воспринимать имеющие значение по делу явления и давать о них достоверные показания (примечание к ст. 61 УПК); эксперты приглашаются для определения возраста обвиняемого при отсутствии надлежащих документов (ст. 141 УПК). Закон указывает на необходимость и возможность вызова медицинских экспертов для участия в осмотре или освидетельствовании (ст. ст. 169—174, 192 УПК), предусматривая обязательный вызов судебно-медицинских экспертов для осмотра и вскрытия трупов, для освидетельствования потерпевшего, обвиняемого и в других случаях, где требуется судебно-медицинская экспертиза (ст. 193 УПК).

Экспертиза — самостоятельный юридический институт в уголовном процессе, охватывающий понятие эксперта как физического лица, осуществляющего процесс исследования, и понятие экспертизы как действия эксперта и его заключения, являющихся особым самостоятельным видом доказательств по судебным делам.

Заключения экспертов — это их мнения о сущности и значении различных фактов, явлений и вещей, к разъяснению которых они, как специалисты, были призваны следствием или судом. Заключения экспертов оцениваются судьями по их внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном и объективном рассмотрении всех обстоятельств дела в их совокупности, руководствуясь законом и социалистическим правосознанием. Однако ввиду особого значения и характера заклю-

чения экспертизы как источника доказательств закон указывает, что несогласие суда с экспертизой должно быть подробно мотивировано в приговоре или в особом определении суда (ст. 298 УПК). Следовательно, в случае признания экспертизы недостаточно ясной или неполной закон предоставляет право суду по собственной инициативе или по ходатайству обвиняемого назначить мотивированным постановлением производство новой экспертизы (ст. 174 УПК).

Экспертиза в советском уголовном процессе является экспертизой научной. Видов экспертиз много: судебномедицинская, судебнопсихиатрическая, судебнобухгалтерская, судебнохимическая, криминалистическая и ряд других. Среди других видов экспертиз судебномедицинская занимает особое и видное место. В уголовном процессе она является родоначальницей судебной экспертизы.

Поэтому не случайно в качестве самостоятельной дисциплины возникла и развилась судебная медицина как отрасль медицины, посвященная вопросам судебномедицинской экспертизы. Не случайно и жизненная практика потребовала сформировать специальную судебномедицинскую службу, гражданские и военные судебномедицинские экспертные организации.

Роль и значение судебномедицинской экспертизы при расследовании и рассмотрении судебно-следственных дел чрезвычайно велики, а нередко судебномедицинская экспертиза в уголовных делах, как, например, в некоторых делах о самоповреждении, об убийствах и самоубийствах и других, бывает решающим доказательством, дающим основания органам правосудия раскрыть преступление и правильно разрешить судебное дело.

Однако по своей юридической сущности судебномедицинская экспертиза не отличается от других видов экспертиз, например от судебнопсихиатрической, судебнобухгалтерской. Ее выделяет не особый вид, не процессуальная сущность, а предмет, содержание.

§ 6. Предмет судебномедицинской экспертизы

Предметом судебномедицинской экспертизы являются обычно живые лица, трупы, вещественные доказательства и связанные с ними факты, имеющие значение для конкретного судебного дела.

Исследование живых лиц производится по различным поводам: для определения характера и тяжести повреждений, потери трудоспособности, состояния здоровья, симуляции болезней и самоповреждения, установления возраста, при нарушениях половых отправлениях и при половых преступлениях,

для определения девственности, растления, изнасилования, установления способности к половому сношению и к оплодотворению, установления заражения венерической болезнью, определения беременности, родов, аборта и по другим поводам.

Исследование живых лиц производится обычно в судебно-медицинской амбулатории. В некоторых случаях такие освидетельствования производятся в лечебном учреждении. Сравнительно редко производится исследование живых лиц на дому свидельствуемых, когда последние по состоянию здоровья не могут сами передвигаться. Не всегда эксперт может дать заключение непосредственно после осмотра свидельствуемого, так как для окончательного заключения бывает необходимо стационарное наблюдение. В этих случаях после предварительного осмотра и описания обнаруженных изменений производится стационарное наблюдение.

При освидетельствовании живых лиц могут потребоваться дополнительные исследования, например: рентгенографическое, лабораторное исследование. Заключение экспертов в этих случаях могут быть даны лишь после производства таких исследований.

Исследование трупов в основном производится для определения причины смерти, выявления или исключения насильственной смерти и других вопросов, связанных с этим.

Исследование трупов производится в специально приспособленных для этой цели помещениях: моргах, покойницких, секционных. Судебно-медицинское вскрытие иногда приходится производить на месте обнаружения трупа — в лесу, в поле или непригодном помещении (избе, сарае). При эксгумациях вскрытие трупа иногда производится на месте захоронения. В зимнее время следователю или суду необходимо позаботиться о помещении для вскрытия трупа. Производить вскрытие зимой на открытом воздухе или в нетопленном непригодном помещении без элементарных удобств невозможно, ибо в таких случаях при вскрытии могут быть просмотрены важные детали.

Исследование вещественных доказательств производится для определения на них главным образом частичек тканей и органов, жидкостей, выделений и следов человеческого тела.

Исследование вещественных доказательств производится в судебно-медицинских лабораториях, бюро судебно-медицинской экспертизы, в Центральном научно-исследовательском институте судебной медицины; последний не является практической базой по исследованию вещественных доказательств, а проводит только повторную экспертизу и сложные экспертизы. В лабораториях производятся исследование выделений, частей и следов человеческого тела, исследование крови, волос, спермы

и в специальных лабораториях — судебнохимические исследования.

Исследования по материалам дела. Для заключения по материалам дела последнее направляется с постановлением о назначении экспертизы и сопроводительным отношением соответствующему судебномедицинскому эксперту (районному, областному и др.).

Не рекомендуется предлагать судебномедицинскому эксперту давать заключение по материалам дела в кабинете у следователя, когда нет достаточных условий для их изучения. От такого порядка следует отказаться, как бы незначительны ни были те вопросы и факты, которые подлежат исследованию.

§ 7. Судебномедицинские эксперты

Судебномедицинским экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача. Не могут быть судебномедицинскими экспертами фельдшеры, медицинские сестры, то есть лица, не получившие высшего медицинского образования. Судебномедицинским экспертом может быть только лицо высокой квалификации, имеющее научную подготовку и опыт по своей специальности. Кроме того, судебномедицинский эксперт должен удовлетворять общим процессуальным требованиям. Он должен быть лицом объективным, не заинтересованным в исходе дела. Если эксперт лично, прямо или косвенно заинтересован в этом деле, то он не может принимать участие в производстве по делу и подлежит отводу. Не может привлекаться в качестве эксперта, например, врач, лечивший потерпевшего, больного, ибо он является свидетелем по делу. Лицо, приглашенное в качестве эксперта, должно обладать безупречной репутацией и высокими моральными качествами.

Среди врачей, привлекаемых в качестве судебномедицинских экспертов, имеются две группы специалистов.

Первая группа — это врачи (научные специалисты в области судебной медицины), состоящие на службе в судебномедицинских экспертных учреждениях в должностях судебномедицинских экспертов, утвержденные в установленном законом порядке.

Вторая группа врачей — это врачи и медицинские научные специалисты, не состоящие на службе в учреждениях судебно-медицинской экспертизы, но обладающие высоким знанием и опытом в специальных отраслях медицины, например хирургии, стоматологии и т. п.

Следователь и суд имеют право пригласить в качестве эксперта любого специалиста, и, в строгом смысле слова, судебным экспертом становится любой врач (независимо от того, где он служит) только после того, как он получит конкретное

поручение по определенному судебному делу от органов правосудия.

Однако многолетний опыт практики применения судебно-медицинских экспертиз показывает, что наиболее эффективные результаты по установлению истины в деле, по раскрытию преступлений и разоблачению преступников достигаются силами специалистов, состоящих на службе в судебно-медицинских экспертных учреждениях, опирающихся на богатый научно-обобщенный опыт производства экспертиз, научно-техническую базу и на научно разработанную методику производства судебных экспертиз.

Только в тех случаях, когда в судебно-медицинских научных учреждениях нет специалиста в той отрасли медицины, по которой требуется разъяснение и заключение, следует обращаться к медикам, не работающим в области судебной медицины. Однако и в подобных обстоятельствах рекомендуется приглашать одновременно судебно-медицинского эксперта, который будет полезен для врача — не судебного медика — знаниями, советами в области методики судебно-медицинского исследования.

Обязанность эксперта есть общественный и государственный долг. Лицо, обладающее по рассматриваемому следователем или судом вопросом специальными познаниями, обязано явиться по вызову следователя или суда, участвовать в осмотрах, освидетельствованиях, производить необходимые исследования и давать устные или письменные заключения (ст. ст. 64 162, 298 УПК).

§ 8. Виды судебно-медицинской экспертизы

В практике приходится встречаться с несколькими видами судебно-медицинской экспертизы: первичной, последовательной, повторной, комиссионной и комплексной.

Первичная судебно-медицинская экспертиза — это исследование объекта экспертизы с заключением эксперта. Первичное исследование объекта экспертизы обычно бывает и окончательным.

Последовательная судебно-медицинская экспертиза нередко встречается в практике, когда после исследования объекта экспертизы, например вскрытия трупа, эксперт дает сначала заключение по материалам вскрытия трупа, а затем — по всем собранным материалам дела.

Повторная судебно-медицинская экспертиза проводится в тех случаях, когда заключение эксперта при первичной экспертизе неполно, неясно и не может быть этим же экспертом восполнено. Повторная экспертиза может производиться и

в тех случаях, когда имеется расхождение между экспертами при первичной экспертизе.

Повторная экспертиза поручается обычно наиболее квалифицированным по знаниям и опыту судебномедицинским экспертам. Повторная экспертиза, как правило, проводится с участием нескольких экспертов, то есть комиссионно. Если эксперты, проводившие первичную экспертизу, не отведены по процессуальным основаниям, вполне целесообразно и практически полезно привлечь их к участию в повторной экспертизе. Первичная, последовательная, повторная экспертизы могут быть этапами или стадиями экспертизы.

Комиссионная судебномедицинская экспертиза проводится в тех случаях, когда по сложным судебномедицинским вопросам, возникающим при расследовании уголовного дела, иногда требуется участие не одного, а нескольких экспертов. Будучи назначены по делу следователем, они составляют судебномедицинскую комиссию.

Комиссиями экспертов производятся обычно следующие экспертизы:

а) по делам о привлечении к уголовной ответственности врачей за профессиональные и профессионально-должностные преступления;

б) по проведению повторной экспертизы;

в) по определению трудоспособности;

г) по делам о симуляции болезней;

д) по делам о сложных случаях самоповреждений.

Участвующие в комиссии эксперты пользуются всеми правами индивидуального эксперта. Если эксперты пришли к единодушному выводу, то от имени всех составляется общее заключение. Если мнения экспертов, участвующих в комиссии, разошлись, то каждый эксперт представляет акт экспертизы со своим заключением, за который он и несет индивидуальную ответственность.

В последнее время все чаще и чаще начинает применяться комплексная судебномедицинская экспертиза. В связи с организацией судебномедицинских учреждений и расширением возможностей в них научно-технических исследований поступающие на экспертизу объекты подвергаются всестороннему научно-техническому исследованию. Так, в исследовании огнестрельных повреждений принимают участие судебномедицинские эксперты, эксперты-криминалисты, судебные химики. Применяются для исследования медицинские, химические, физические, технические методы исследования. Комплексное исследование (экспертиза) свидетельствует о неуклонном научном росте судебномедицинской экспертизы в СССР.

§ 9. Пределы компетенции судебномедицинской экспертизы

Работникам органов расследования, суда, адвокатам необходимо иметь правильное представление о пределах компетенции экспертизы вообще и судебномедицинской экспертизы в частности, что в практике, однако, не всегда бывает.

Верховный Суд СССР в ряде постановлений и определений указывал на то, что экспертиза вышла за пределы своих функций и прав, пытаясь подменить собою следственные органы. Разъяснения о пределах компетенции судебномедицинской экспертизы требуются еще и потому, что в последние годы по этому поводу развернулась широкая дискуссия в среде не только судебномедицинских экспертов, но и юристов, хотя существо вопроса настолько ясно, что, казалось бы, разногласий по этому поводу не может быть.

Статья 63 УПК РСФСР предусматривает вызов экспертов в тех случаях, когда при расследовании дела необходимы специальные познания в науке, искусстве или ремесле. Этим самым определяются и пределы компетенции экспертизы. Иначе говоря, компетенция эксперта определяется пределами его специальных знаний.

Эксперт-медик приглашается для разрешения специальных вопросов медицинского характера в тех случаях, когда требуются познания в медицине. Следовательно, за пределы этих познаний эксперт выходить не может.

В компетенцию эксперта не могут входить юридические вопросы о квалификации действия, умысле, неосторожности, о том, имели ли место инсценировка нападения, убийство, самоубийство, несчастный случай, кто совершил преступные действия и другие вопросы, относящиеся к компетенции юриста, а не эксперта.

Дискуссия по поводу компетенции судебномедицинского эксперта касалась в основном права эксперта определять род насильственной смерти.

Для того чтобы определять, нужно знать, что определять. Поэтому прежде всего необходимо дать определение понятия убийства. Какое определение рода смерти (убийство) должен давать в своем заключении судебномедицинский эксперт — медицинское или юридическое?

Судебномедицинский эксперт не может давать юридического определения убийства. Следовательно, он может дать только медицинское определение убийства, а дать определение убийства — это дать признаки понятия убийства. Следовательно, нужно прежде всего дать медицинские признаки медицинского понятия убийства.

Известно научное только юридическое, уголовноправовое определение убийства: «Убийство есть противоправное умышленное или неосторожное лишение жизни человека». Лишение человека жизни может быть совершено либо активными действиями (нанесение повреждений, отравление, утопление и др.), либо бездействием, если на субъекте лежала специальная обязанность воспрепятствовать наступлению смерти, и он мог ее предупредить (мать, желая лишить жизни ребенка, не кормит его).

Для состава преступления убийства обязательно требуется установить и причинную связь между совершенным лицом действием или бездействием и наступившим преступным результатом.

Следовательно, для того чтобы определить, что лишение жизни человека было убийством, необходимо установить:

1. Причинную связь между совершенным лицом действием или бездействием и наступившим преступным результатом. Если не было причинной связи, значит не было и убийства.

2. Умысел или неосторожность. Если причинная связь установлена, то необходимо установить умысел или неосторожность. Если не было умысла или неосторожности, то не было и убийства.

3. Противоправность действия. Если установлена причинная связь, умысел или неосторожность, но действие не было противоправным, то не было и убийства.

Таково юридическое определение понятия убийства и его признаки. Установление этих признаков входит в компетенцию юриста, а не судебно-медицинского эксперта.

Если мы попытаемся дать общепринятое, бытовое понятие убийства, то оказывается, что такого определения мы не сможем дать. Лишение жизни одного человека другим и в обиходе не всегда можно назвать убийством, так как лишение жизни может быть совершенно случайным. Пытаясь дать определение бытовому понятию убийства, мы должны будем опять-таки искать какие-то признаки: умышленно или случайно это сделал человек.

Следовательно, нет бытового понятия убийства.

Существует ли в медицине понятие убийства? Оказывается, что не существует. Воспаление — понятие медицинское, и когда мы определяем понятие воспаления, мы даем медицинские признаки этого понятия. Шок — понятие медицинское. Когда мы определяем это понятие, мы говорим о его медицинских признаках. Если же мы захотим дать медицинское определение понятия убийства, то оказывается такого определения мы дать не можем, ибо не существует медицинских признаков убийства.

Судебные медики, отстаивающие право эксперта определять род насильственной смерти, прежде всего должны были бы дать определение медицинского понятия убийства и его признаков, и если бы это они сделали, то спор был бы решен в их пользу. Однако такого определения они дать не могут, а лишь приводят такие аргументы: «Судебная медицина всегда определяла род смерти; если судебная медицина не будет определять род смерти, это поведет к упадку судебной медицины», или пытаются сослаться на частные примеры, не доказывающие принципиального положения.

Статья 1 36 УК РСФСР предусматривает умышленное убийство; ст. 142, ч. 2, — смерть от тяжкого телесного повреждения.

Разграничение этих статей в практике встречает значительные затруднения, и квалификация действия обвиняемого может идти только по умыслу и его направленности. Да ведь и нет убийства без умысла или неосторожности. Об этом свидетельствует и практика Верховного Суда СССР.

Существо спора носит принципиальный характер, и право эксперта не может ограничиваться только определением рода смерти. Если судебно-медицинский эксперт при исследовании трупа имеет право определять убийство, то он должен иметь право при освидетельствовании живого лица определять покушение на убийство, изнасилование, членовредительство.

Нет никаких оснований не распространять право квалификации действия на судебно-медицинского эксперта, исследующего вещественные доказательства. Почему эксперт, обнаружив, например, присутствие спермы на белье ребенка, не может в своем заключении устанавливать развратные действия? Почему судебный химик при обнаружении смертельных доз токсического вещества, например снотворного или мышьяка, не может определять род смерти? Очевидно, и ему должно быть предоставлено такое право. Право определять квалификацию действия должно быть предоставлено и экспертам других специальностей. Эксперт-криминалист, например, при исследовании документов должен иметь право определять подлог; эксперт-бухгалтер должен иметь право определять растрату и т. д.

Однако такое представление о компетенции эксперта противоречит советскому уголовному и процессуальному праву.

Что же обязан определять судебно-медицинский эксперт при исследовании трупа, если он не имеет права и не может определять род смерти?

Судебно-медицинский эксперт обязан, если ему это позволяют медицинские данные, определить возможность или невозможность причинения повреждения посторонней или собствен-

ной рукой, что не является определением рода смерти. Оказывается, что определение причинения повреждений посторонней или собственной рукой относится к одной из труднейших задач, которые ставятся перед судебно-медицинскими экспертами. В постановлении о назначении экспертизы юристы обязательно должны ставить этот вопрос, причем ответ на него должен быть обоснован медицинскими данными, полученными при исследовании трупа, а не ссылками на показания свидетелей и другие обстоятельства дела.

Таким образом, судебно-медицинские эксперты, настаивающие на праве эксперта определять род насильственной смерти (проф. Прозоровский, Сапожников, Гамбург, Законов и др.), не смогли теоретически обосновать выдвигаемые ими положения. Их утверждения произвольно расширяют права не только судебно-медицинских экспертов, но и судебно-медицинской экспертизы в целом. Взгляды их на сущность советской судебно-медицинской экспертизы неоднократно критиковались советскими процессуалистами (Никифоровым, Винбергом, Рахуновым, Чельцовым).

В практике юристы могут встретиться с экспертами, придерживающимися неправильных установок. По этому поводу можно привести определение Президиума Верховного суда РСФСР.

«Суд не вправе ставить перед экспертизой вопросы, входящие в компетенцию судебно-следственных органов, и, в частности, о том, имело ли место убийство или самоубийство»¹.

Приговором судебной коллегии по уголовным делам Ростовского областного суда от 4 декабря 1958 г. Завадский осужден по пп. «а» и «е» ч. 1 ст. 136 УК РСФСР.

Завадский признан виновным в том, что он 4 сентября 1958 г., находясь в своей квартире по улице Филимоновской, д. № 24, в г. Ростове-на-Дону, будучи в нетрезвом состоянии, желая избавиться от жены — Полищуковой Марии, страдавшей неизлечимым недугом, использовав беспомощное состояние Полищуковой, убил ее, сдавив петлей шею, а затем инсценировал самоповешение.

Этот вывод суда основан на показаниях свидетелей и заключении судебно-медицинской экспертизы.

Согласно заключению экспертизы смерть Полищуковой наступила от сдавления шеи петлей с последующим расстройством дыхания, кровообращения и функций центральной нервной системы.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного суда РСФСР, рассмотрев дело в кассационном порядке, приговор

¹ «Советская юстиция» 1959 г. № 4.

суда в отношении Завадского отменила и дело возвратила на дополнительное расследование, сославшись на то, что вывод суда о причинах смерти Полищукowej противоречит заключению экспертизы.

Судебная коллегия признала необходимым произвести повторную экспертизу для того, чтобы выяснить, имело ли место убийство или самоубийство Полищукowej.

Заместитель Председателя Верховного суда РСФСР внес в Президиум Верховного суда РСФСР протест, в котором поставил вопрос об отмене кассационного определения и о передаче дела на новое рассмотрение в кассационном порядке в Судебную коллегия по уголовным делам Верховного суда РСФСР в ином составе судей.

Президиум Верховного суда РСФСР, рассмотрев 28 января 1959 г. протест, нашел, что доводы, изложенные в определении Судебной коллегии, не могут служить основанием для направления дела в отношении Завадского на дополнительное расследование по следующим основаниям.

Судебная коллегия отметила в определении, что вывод суда о причинах смерти Полищукowej противоречит заключению экспертизы, однако коллегия не указала, в чем конкретно это противоречие выражается.

Указание коллегии на необходимость проведения повторной экспертизы с целью выяснения, имело ли место убийство или самоубийство Полищукowej, не может быть признано правильным, так как судебно-медицинский эксперт не может дать ответы на вопросы, разрешение которых относится к компетенции суда, а имеющееся в деле заключение судебно-медицинского эксперта Коллегией ничем не опровергнуто.

По указанным основаниям и с учетом того, что другие доводы, по которым Судебной коллегией дело Завадского направлено на доследование, также являются необоснованными, Президиум Верховного суда РСФСР удовлетворил протест заместителя Председателя Верховного суда РСФСР.

Экспертами могут быть лица физические, а не юридические, то есть заключение по делу может давать только конкретный судебно-медицинский эксперт (эксперты), а не судебно-медицинское экспертное учреждение.

Эксперты предупреждаются следователями и судом об ответственности за отказ от дачи заключения и за дачу ложного заключения (ст. 170 УПК). На основании ст. ст. 95 и 96 УК эксперты несут ответственность за дачу заведомо ложного заключения и за разглашение данных предварительного следствия без разрешения следователя, производившего расследование, или прокурора, наблюдающего за его производством.

§ 10. Судебномедицинская экспертиза на предварительном следствии и при дознании

Необходимость в приглашении судебномедицинского эксперта по уголовным делам в стадии предварительного следствия часто может возникать с начала расследования.

Эта потребность возникает обычно тогда, когда расследование дела начинается с осмотра места происшествия (преступления). Присутствие судебномедицинского эксперта при осмотре места происшествия необходимо по ряду дел, например, по делам о самоубийствах, о несчастных случаях, связанных с увечьями и с человеческими жертвами, по делам о взрывах, пожарах, автомобильных катастрофах.

В этих случаях эксперт приглашается следователем не для того, чтобы сразу на месте происшествия дать формальное заключение, а для того, чтобы, обладая специальными знаниями в медицине, сказать следователю, на какие обстоятельства (например: следы крови, поза трупа, повреждения на трупе и т. п.) он может обратить внимание, какие вещественные доказательства имеют значение для дела, должны быть осмотрены и изъяты для исследования.

Эксперт участвует в составлении протокола осмотра и подписывает его вместе с другими участвующими в осмотре лицами. По сложившейся практике составления протокола осмотра принято часть, касающуюся осмотра трупа, выделять в особый раздел протокола, составляемый под диктовку врача, но подписываемый всеми участниками осмотра. Участие судебномедицинского эксперта в осмотре места происшествия не является препятствием для назначения его в последующем в качестве эксперта по делу уже для дачи заключения по поставленным следователем вопросам. Наоборот, назначение экспертом для дачи заключения судебного медика или вообще врача, участвовавшего в осмотре места происшествия, целесообразно и желательно, так как многие обстоятельства дела такому эксперту непосредственно известны с начала расследования.

Если же после осмотра места происшествия или независимо от него по делу возникает необходимость в производстве судебномедицинской экспертизы, следователь по собственной инициативе или по обоснованному ходатайству обвиняемого назначает ее своим постановлением.

В постановлении о назначении судебномедицинской экспертизы должно быть указано:

- а) кто, какой врач или какие врачи назначаются в качестве эксперта;
- б) какие вопросы ставятся эксперту;

в) на основании каких материалов должен дать заключение эксперт;

г) в какой срок должен представить заключение эксперт.

На основании ст. 169 УПК следователь обязан свое постановление о назначении экспертизы предъявить обвиняемому и спросить его, не имеет ли он:

а) ходатайств о привлечении к производству экспертизы других экспертов, кроме назначенных следователем;

б) вопросов экспертам, кроме тех, которые уже поставлены следователем;

в) отводов экспертов, назначенных следователем.

Предъявление постановления о назначении экспертизы оформляется протоколом, в который заносятся все ходатайства обвиняемого, если они были заявлены. При отсутствии ходатайств обвиняемого это обстоятельство также отмечается в протоколе.

Заявленные обвиняемым ходатайства должны быть рассмотрены следователем и разрешены. Следователь удовлетворяет ходатайства о вызове других экспертов в том случае, если последние соответствуют общим процессуальным требованиям и могут способствовать лучшему разъяснению вопросов, поставленных экспертизе. Следователь должен обеспечить обвиняемому наибольшую возможность участия при производстве экспертизы. Постановка вопросов эксперту является серьезным моментом в назначении экспертизы. Естественно, что следователь, не будучи специалистом в медицине, может упустить существенные обстоятельства дела, подлежащие разъяснению экспертом. Опытные следователи обычно, прежде чем окончательно подписать постановление о назначении экспертизы с формулировкой вопросов эксперту, предварительно советуются с экспертом. Если эксперт предлагает включить в постановление и другие вопросы, относящиеся к делу и имеющие значение для дела, следователь не имеет оснований не согласиться с этим предложением.

Эксперт имеет право требовать, чтобы ему были точно указаны цели экспертизы и были поставлены определенные и конкретные вопросы. Эксперт должен отвечать на те вопросы, в которых он компетентен. Если эксперт вынужден отказаться от ответа на вопросы, он должен указать в заключении мотивы отказа. Например, судебно-медицинский эксперт не может отвечать на вопросы, касающиеся психического состояния, вменяемости, так как это — компетенция эксперта-психиатра, или производить техническую экспертизу оружия, что должен делать эксперт-криминалист, и т. д.

На основании ст. 170 УПК следователь обязан предупредить судебно-медицинского эксперта о том, что должно быть дано

заключение, строго согласное с обстоятельствами дела и данными тех специальных знаний, для которых вызван эксперт. Это значит, что эксперт должен решать лишь вопросы в области специальных знаний медицины вообще или судебной медицины в частности. Недопустимо требовать от эксперта, чтобы он давал заключение по вопросам юридическим, например о том, виновен или невиновен обвиняемый в совершении преступления. Вопросы вины, умысла и другие юридические вопросы относятся к компетенции следователя и суда.

Крайне важно с самого начала производства экспертизы правильно и полно определить объем материалов, по которым эксперт будет производить исследование и давать заключение. Следователь должен сообщить обвиняемому, какие материалы он представляет для исследования эксперту, и спросить, не имеет ли обвиняемый в дополнение к этим материалам каких-либо других и не заявляет ли он ходатайства об истребовании дополнительных материалов для представления их экспертизе. Об объеме материалов, передаваемых эксперту, следует посоветоваться с самим экспертом.

В соотношении со ст. 171 УПК судебно-медицинский эксперт имеет право, с разрешения следователя, знакомиться с теми обстоятельствами дела, уяснение которых необходимо ему для дачи заключения. При этом, если судебно-медицинский эксперт (как вообще всякий эксперт) находит, что предоставленные ему следователем материалы недостаточны для дачи заключения, он обязан заявить следователю о невозможности дать заключение на основании предоставленных материалов и указать, какие дополнительные материалы ему необходимы.

Следователь к такому заявлению эксперта должен отнестись очень внимательно и в необходимых случаях по ходатайству эксперта истребовать или изъять вещественные доказательства и документы, дополнительно допросить по вопросам, имеющим значение для экспертизы, свидетелей, потерпевших, обвиняемого и ознакомить эксперта с этими дополнительными материалами. Если следователь считает ходатайство эксперта не подлежащим удовлетворению, он должен составить об этом мотивированное постановление. Если эксперт считает, что предоставленные ему материалы для дачи заключения недостаточны, он составляет акт о невозможности дать заключение.

В этих случаях объем материалов предварительного следствия, предоставляемых эксперту, разрешается прокурором, наблюдающим за производством расследования дела.

Практически чрезвычайно важно, чтобы эксперт при разрешении самых, казалось бы, простых вопросов имел достаточное количество времени для изучения материалов дела и обдумывания ответов на предложенные вопросы. При этом следует

строго уточнять вопросы применительно к данному случаю. Определяя сроки производства экспертизы, следователь должен считаться со сроками расследования дела и с возможностями, имеющимися у эксперта.

Экспертиза в органах дознания производится на основании тех же уголовно-процессуальных правил. Однако судебно-психиатрическая экспертиза ввиду ее особой сложности может быть назначена органом дознания только с санкции прокурора или следователя и должна производиться под их наблюдением.

§ 11. Экспертиза в судебном заседании

Экспертиза в судебном заседании производится при вызове эксперта в суд в соответствии с правилами, предусмотренными Уголовно-процессуальным кодексом. Вызов в суд эксперта рекомендуется производить заранее, для того чтобы предупрежденный об этом эксперт мог предварительно ознакомиться со всеми материалами дела, выяснить полноту этих материалов, достаточно ли их для того, чтобы можно было дать заключение, или указать, какие материалы необходимо дополнительно привлечь в целях проведения экспертизы.

Эксперт, вызванный в суд, также имеет право знакомиться со всеми материалами дела, необходимыми для исследования и дачи заключения.

В судебном заседании эксперт имеет право задавать необходимые ему для уяснения дела и уточнения отдельных деталей вопросы обвиняемому, потерпевшему, свидетелям. Рекомендуется задавать их в письменном виде и предоставлять достаточно времени для изучения вопросов и обдумывания ответов на них.

Эксперт допрашивается обычно после обвиняемого, потерпевшего и свидетелей, перед судебными прениями. В судебном заседании нужно требовать от эксперта представления заключения в письменном виде, так как ответы эксперта в изложении секретаря судебного заседания не всегда записываются достаточно правильно и грамотно с медицинской точки зрения. Практически важно для эксперта проверить записи протокола судебного заседания и исправить имеющиеся в нем неточности. Суду необходимо обеспечить для эксперта нормальную и спокойную обстановку.

Опытный судебно-медицинский эксперт, часто участвующий в судебных заседаниях, иначе реагирует на происходящее в судебном заседании, чем врач-эксперт, приглашенный не из органов судебно-медицинской экспертизы, особенно молодой, для которого обстановка судебного заседания является необычной и может оказывать некоторое влияние на ход самой экспертизы.

Такой эксперт не может не волноваться, а, волнуясь, может упустить и недооценить ряд подробностей. Таким экспертам необходимо тщательно формулировать вопросы и давать достаточное количество времени для спокойного, обдуманного ответа на них. В тех случаях, когда судебномедицинский эксперт не может ответить на поставленные ему вопросы, он обязан по этому поводу дать мотивированное объяснение (заключение).

Как на предварительном следствии, так и в судебном заседании судебномедицинский эксперт имеет право требовать, чтобы ему была точно указана цель экспертизы и чтобы были предложены определенные и конкретные вопросы, по которым надлежит дать заключение. При этом эксперт имеет право просить об уточнении и разъяснении редакции предложенных ему вопросов и может отказаться от ответов на вопросы, выходящие за пределы его знаний.

Все другие права, которыми пользуется эксперт на предварительном следствии, полностью сохраняются за ним и в судебном заседании.

§ 12. Судебномедицинская экспертиза в гражданском процессе

Судебномедицинская экспертиза в гражданском процессе встречается реже, чем в уголовном. Поводы к судебномедицинской экспертизе в основном связаны с определением состояния здоровья, размеров утраты трудоспособности, алиментными исками и с делами о расторжении брака.

Эксперты назначаются судом для разъяснения возникающих при разборе дела вопросов, требующих специальных познаний.

Если суд признает производство экспертизы нецелесообразным или невыгодным с точки зрения соотношения цены иска и стоимости экспертизы, он может в назначении экспертизы отказать и вынести решение на основании всех прочих, имеющих в деле данных (ст. 152 ГПК).

Предусмотренные в законе возможности отказа в вызове экспертов на практике обычно не касаются судебномедицинской экспертизы. Вопросы судебномедицинского характера обычно не могут быть разрешены судом и требуют квалифицированной экспертизы, часто даже группы экспертов, как это бывает необходимо, например, при определении размеров утраты трудоспособности.

Процессуальное положение эксперта в гражданском процессе не отличается по существу от положения его в уголовном процессе. Эксперт обладает теми же правами и обязанностями. Он имеет право: знакомиться с материалами дела; участвовать во всех процессуальных действиях суда, связанных с исследованием обстоятельств дела; задавать вопросы участникам

процесса и свидетелям; ставить вопрос перед судом о необходимости дополнительных материалов и выяснении дополнительных обстоятельств, необходимых для дачи заключения; получать за свой труд вознаграждение, размер которого определяется судом при вызове эксперта (ст. 44 ГПК).

Экспертизу назначает суд по собственной инициативе или же по ходатайству участников процесса.

При назначении экспертизы суд должен указать, по каким обстоятельствам требуется заключение (ст. 154 ГПК). Отвод эксперта может быть заявлен, если эксперт лично, прямо или косвенно, заинтересован в исходе дела. Эксперт не может отказываться от явки в суд и от дачи заключения (ст. 51 ГПК).

Экспертиза производится в суде или вне суда, если это необходимо по характеру исследования или в силу затруднительности доставить предмет исследования в суд (ст. 159 ГПК). Судебно-медицинские исследования, как правило, производятся вне суда, в специальных учреждениях.

Свое заключение, содержащее обоснование всех выводов (ст. 157 ГПК), эксперт представляет устно или письменно — по усмотрению суда. Устные заключения заносятся в протокол судебного заседания и подписываются экспертом. Письменное заключение по требованию суда эксперты разъясняют устно в судебном заседании (ст. 155 ГПК). Устные разъяснения также заносятся в протокол судебного заседания.

При необходимости дополнить исследование или разъяснить заключение экспертов или при противоречивых заключениях нескольких экспертов суд может потребовать от них дополнительных объяснений или же назначить других экспертов (ст. 158 ГПК).

Что касается оценки заключения экспертов, то точно так же, как и в уголовном процессе, суд может не принять выводов экспертизы. Но свое несогласие с заключением эксперта суд должен подробно мотивировать.

§ 13. Документы судебно-медицинской экспертизы

При производстве судебно-медицинской экспертизы составляется акт судебно-медицинской экспертизы. Судебно-медицинские акты, относящиеся к освидетельствованию живого лица, обычно называются судебно-медицинскими свидетельствами.

Акт судебно-медицинской экспертизы состоит из трех частей: введения, описательной части и заключения. Во введении указываются дата проведения экспертизы, основание, по которому она производится, должность, звание, фамилия, имя, отчество исследуемого или название предметов, которые подлежат исследованию. Затем указываются присутствующие при экспер-

тизе лица и кем производится исследование. Если экспертиза производится несколькими специалистами, перечисляются участвующие в ней лица, а также понятые, присутствующие при освидетельствовании, и представители органов юстиции. Во введение включаются предварительные сведения, где вкратце излагаются обстоятельства дела, сообщенные следователем или известные из материалов следствия.

В описательную часть входит все, что эксперт находит при исследовании. Кроме того, протоколируется точно, подробно и последовательно весь ход исследования с той целью, чтобы в случае возникающих сомнений относительно действий или заключения эксперта можно было по описанию хода исследования выяснить правильность или ошибочность действий и выводов эксперта.

Под описательной частью акта экспертизы подписываются эксперт, производивший исследование, следователь и присутствующие при исследовании лица. Акт заканчивается заключением эксперта.

Заключение представляет собой строго обоснованные научные выводы из всего проведенного исследования и ответы на специальные вопросы, поставленные перед экспертом в начале исследования. Заключение подписывается только экспертом (экспертами). Если эксперт приглашен из органов судебномедицинской экспертизы, на документе ставят гербовую печать судебноэкспертного учреждения.

Судебномедицинские исследования должны проводиться в присутствии представителей тех органов, которые потребовали освидетельствования, за исключением тех случаев, когда это прямо запрещено. Например, при гинекологическом исследовании не может присутствовать следователь-мужчина. Как правило, следователь должен и обязан присутствовать при исследовании трупов.

Судебномедицинская экспертиза может быть проведена и без указанных представителей в случаях их отказа присутствовать при экспертизе, при неявке представителей, если они не предупредили о своей неявке и приостановке экспертизы до их прибытия, или при явном ущербе делу от затяжки экспертизы.

По представлении следователю акта и заключения эксперта следователь, если он находит, что вопросы, поставленные перед экспертами, разъяснены достаточно полно и ясно, считает на этом экспертизу законченной.

Если же следователь находит, что некоторые обстоятельства экспертом или экспертами разъяснены недостаточно полно, он может вызвать и дополнительно допросить экспертов по этим вопросам.

Если же следователь признает, что заключение эксперта не полно или неясно и не может быть этим же экспертом воспроизведено, он назначает повторную экспертизу, соблюдая при назначении и производстве ее описанные требования.

ГЛАВА II

ОРГАНИЗАЦИЯ СОВЕТСКОЙ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

§ 14. Судебномедицинская экспертиза в системе Министерства здравоохранения СССР. § 15. Должности судебномедицинских экспертов. § 16. Судебномедицинские учреждения

Советская судебномедицинская экспертиза — отрасль советского здравоохранения — призвана обслуживать советские органы правосудия.

Пользуясь достижениями передовой советской науки, методом которой является диалектический материализм, советская судебномедицинская экспертиза все достижения медицинской науки приносит на службу советскому правосудию. Советский суд — самый демократический в мире. Конституция СССР представляет широкие процессуальные гарантии подсудимому.

Советская социалистическая законность неприкосновенна. Советское правительство стоит на страже прав граждан нашей страны, заботливо эти права охраняет, строго карает невзирая на лица и чины тех, кто допускает произвол.

Теперь, когда советский народ так глубоко чувствует и сознает значение победы социализма в нашей стране, партия и правительство требуют особенной бдительности и требовательности в отношении соблюдения советской социалистической законности.

Социалистическая законность, охрана прав советских граждан — важнейшая основа дальнейшего развития и укрепления Советского государства.

В советском суде тщательно рассматриваются все доказательства по делу. В советском судебном процессе широко используют все виды судебной экспертизы. Особенно часто суд прибегает к судебномедицинской экспертизе. Судебномедицинская экспертиза представлена государственной организацией, имеющей возможность пользоваться всеми научно-практическими учреждениями, а следовательно, и всеми новейшими достижениями науки.

В капиталистических странах судебномедицинская экспертиза призвана прежде всего выполнять классовый заказ буржуазного суда, используемого буржуазией для расправы с полити-

ческими противниками, демократическими, прогрессивными силами в этих странах. Задача судебно-медицинской экспертизы в капиталистических странах сводится не к научному исследованию и обоснованию фактов, а к тому, чтобы оправдать судебную расправу, что приводит к прямой фальсификации и подлогу. Убедительным примером подобной фальсификации может служить разоблаченная советскими обвинителями и экспертами в Нюрнбергском процессе позорная роль представителей судебно-медицинской экспертизы ряда капиталистических стран и организованной гестапо чудовищной Катынской провокации.

Таким образом, нет никаких оснований ни для сравнения, ни для проведения каких-либо параллелей между судебно-медицинской экспертизой в капиталистических странах и в СССР. В СССР существует и действует советская судебно-медицинская экспертиза, имеющая коренное и принципиальное отличие от судебно-медицинской экспертизы в капиталистических странах.

Практическая судебно-медицинская деятельность в СССР осуществляется специальными организациями и состоящими на государственной службе врачами-специалистами — судебно-медицинскими экспертами. В настоящее время такая судебно-медицинская организация существует в системе Министерства здравоохранения СССР.

§ 14. Судебно-медицинская экспертиза в системе Министерства здравоохранения СССР

При организации Народного комиссариата здравоохранения в 1918 году в отделе гражданской экспертизы был учрежден подотдел медицинской экспертизы, в ведение которого были включены также функции высшей судебно-медицинской инстанции. В этот период были заложены основы советской судебно-медицинской экспертизы, поставленной на службу советскому правосудию и здравоохранению. С учреждением Народного комиссариата здравоохранения начинаются организация разветвлений судебно-медицинской экспертизы и разработка инструктивных материалов. В 1919 году вышло первое Положение о правах и обязанностях государственных медицинских экспертов.

В 1921 году в системе Народного комиссариата здравоохранения РСФСР выделилась самостоятельная организация — судебно-медицинская экспертиза, и в 1924 году впервые была учреждена должность главного судебно-медицинского эксперта Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. В то же время

при губернских отделах здравоохранения были организованы судебно-медицинские экспертизы как самостоятельные организации, которые стали осуществлять руководство всем делом судебно-медицинской экспертизы в соответствующей губернии.

В 1934 году вышло новое Положение о производстве судебно-медицинской экспертизы и о судебно-медицинских лабораториях, действовавшее до декабря 1952 года. Оно определяло права и обязанности судебно-медицинских экспертов и судебно-медицинских учреждений. В 1937 году в связи с организацией союзного Народного комиссариата здравоохранения была учреждена должность главного судебно-медицинского эксперта Наркомздрава СССР, на которого было возложено руководство деятельностью всех судебно-медицинских учреждений СССР.

Структура гражданской судебно-медицинской организации такова: главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР осуществляет руководство всей судебно-медицинской деятельностью. Ему непосредственно подчинены главные судебно-медицинские эксперты министерств здравоохранения союзных республик. Главному судебно-медицинскому эксперту республики подчинены эксперты автономных республик, краевые и областные судебно-медицинские эксперты. Республиканский эксперт руководит судебно-медицинской экспертизой в республике. Областному судебно-медицинскому эксперту подчинены районные, межрайонные и городские судебно-медицинские эксперты, низовые судебно-медицинские работники. Районные, межрайонные и городские судебно-медицинские эксперты проводят повседневную практическую судебно-медицинскую работу в своем районе. В Москве и Ленинграде имеются, кроме того, старшие городские судебно-медицинские эксперты.

За главным судебно-медицинским экспертом Министерства здравоохранения СССР, республиканскими и областными экспертами закреплена и функция инспекции, которую они осуществляют по отношению к нижестоящим экспертам.

В 1951 году была произведена реорганизация учреждений судебно-медицинской экспертизы.

Судебно-медицинские экспертизы министерств здравоохранения автономных республик, краевых и областных (кроме автономных областей) отделов здравоохранения, а также областного отдела здравоохранения Тувинской автономной области реорганизованы в бюро судебно-медицинской экспертизы.

В Москве и Ленинграде на базе действующих судебно-медицинских экспертиз организованы городские бюро судебно-медицинской экспертизы.

В остальных городах республиканского подчинения обслуживание возлагается на бюро судебно-медицинской экспертизы соответствующих республик и областей.

При Министерствах здравоохранения РСФСР, Украинской ССР, Белорусской ССР и Казахской ССР организованы республиканские бюро судебно-медицинской экспертизы.

В Киргизской ССР, Литовской ССР, Таджикской ССР, Туркменской ССР и Узбекской ССР организованы республиканские бюро судебно-медицинской экспертизы на базе столичных, городских и областных судебно-медицинских экспертиз для обслуживания соответствующих столичных городов и областей.

В Азербайджанской ССР, Армянской ССР, Грузинской ССР, Латвийской ССР, Молдавской ССР и Эстонской ССР на базе действующих судебно-медицинских экспертиз республики организованы единые республиканские бюро судебно-медицинской экспертизы.

Таким образом, судебно-медицинская экспертиза находится в ведении органов здравоохранения (областных, краевых и городских отделов здравоохранения), которым она и подчиняется в административном отношении. Что касается научно-практического руководства судебно-медицинской экспертизой, то оно осуществляется исключительно Министерством здравоохранения СССР через главных судебно-медицинских экспертов республиканских министерств здравоохранения, областных, краевых, городских судебно-медицинских экспертов.

В декабре 1952 года вышла новая Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР и отменено Положение 1934 года.

Работники, осуществляющие судебно-медицинскую экспертизу, то есть судебно-медицинские эксперты, самостоятельны и несут полную ответственность за свою практическую деятельность.

§ 15. Должности судебно-медицинских экспертов

Судебно-медицинским экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача, получившее специальную судебно-медицинскую подготовку и занимающее штатную должность судебно-медицинского эксперта.

Права и обязанности судебно-медицинских экспертов присвоены также профессорам, доцентам и ассистентам кафедр судебной медицины при производстве ими судебно-медицинского исследования трупов и освидетельствования живых лиц во время учебной или научной работы.

Теми же правами и обязанностями обладают и соответствующие категории работников Научно-исследовательского института судебной медицины Министерства здравоохранения СССР.

Судебномедицинский эксперт является должностным лицом, несущим за нарушение в своей работе дисциплинарную, административную и судебную ответственность.

В случае отсутствия судебномедицинского эксперта проведение экспертизы может быть возложено органами расследования или суда на состоящего на государственной службе и не заинтересованного в результатах экспертизы ближайшего врача, который в этих случаях именуется «врач-эксперт».

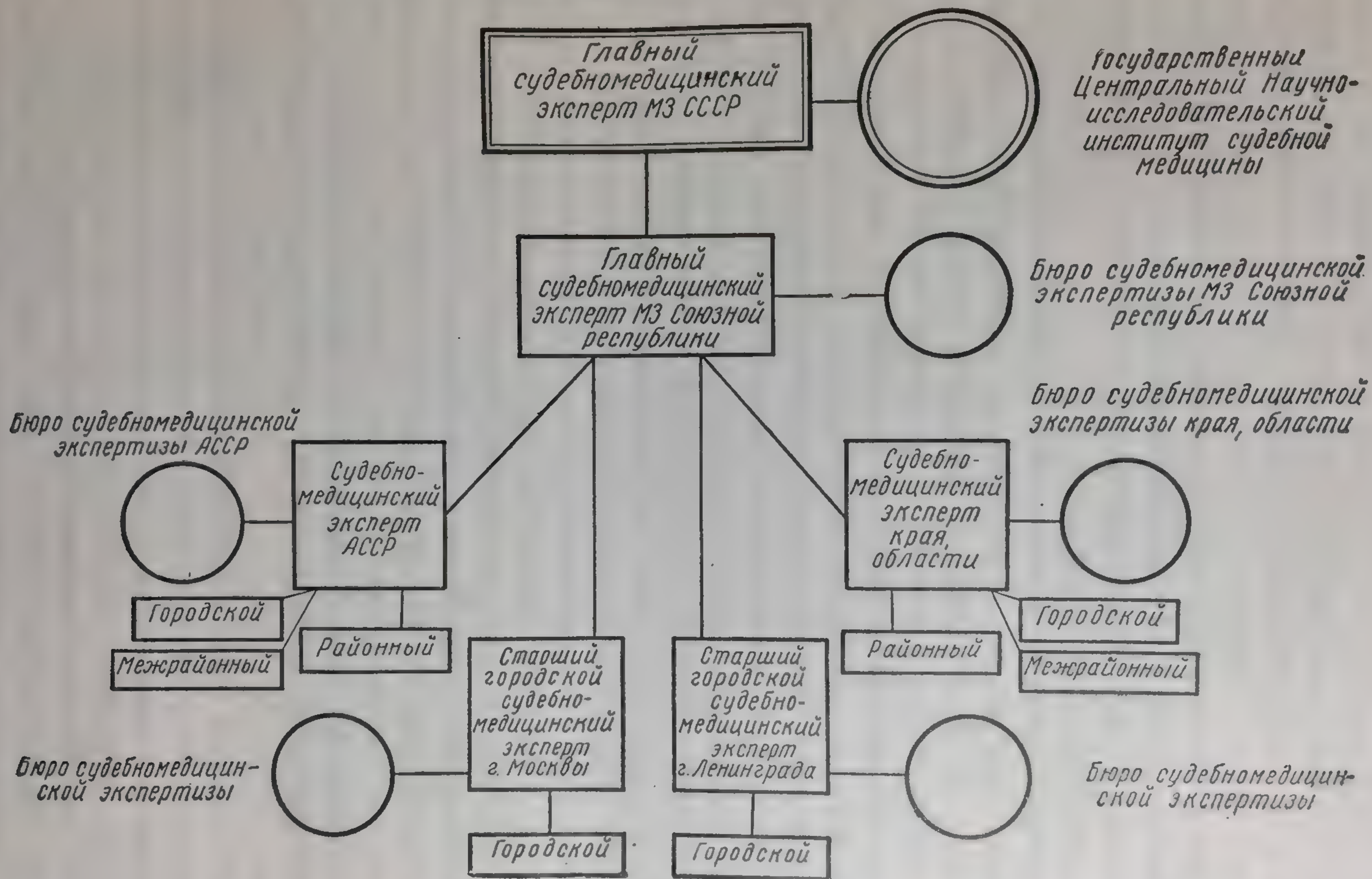
В 1953 году утверждена следующая номенклатура экспертных должностей в судебномедицинских учреждениях:

- 1) районный судебномедицинский эксперт — врач, обслуживающий один район;
- 2) межрайонный судебномедицинский эксперт — врач, обслуживающий два и более районов;
- 3) городской судебномедицинский эксперт — врач, обслуживающий один и более районов города;
- 4) судебномедицинский эксперт лаборатории — врач, работающий в одном из отделений судебномедицинской лаборатории;
- 5) судебный химик-эксперт, работающий в судебнохимическом отделении лаборатории;
- 6) старший городской (в Москве и Ленинграде) судебномедицинский эксперт, он же начальник бюро судебномедицинской экспертизы (Московского, Ленинградского) городского отдела здравоохранения;
- 7) областной судебномедицинский эксперт, он же начальник бюро судебномедицинской экспертизы соответствующего областного отдела здравоохранения;
- 8) краевой судебномедицинский эксперт, он же начальник бюро судебномедицинской экспертизы соответствующего краевого отдела здравоохранения;
- 9) республиканский судебномедицинский эксперт министерства здравоохранения соответствующей автономной республики;
- 10) главный судебномедицинский эксперт министерства здравоохранения союзной республики; он же начальник бюро судебномедицинской экспертизы министерства;
- 11) главный судебномедицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР.

Судебномедицинская экспертиза осуществляется в районах и городах районными, межрайонными, городскими судебномедицинскими экспертами.

Межрайонные судебномедицинские эксперты обслуживают два-три района с учетом местных условий. В городах устанавливается один судебномедицинский эксперт на 100 000 населения.

СХЕМА ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР



В круг обязанностей районного, межрайонного и городского судебномедицинских экспертов в пределах обслуживаемой территории входят:

- организация и осуществление судебномедицинской экспертизы;

- инструктаж врачей по вопросам судебной медицины с целью повышения качества экспертизы, производимой врачами-экспертами;

- выполнение отдельных заданий начальников бюро судебно-медицинской экспертизы по подчиненности;

- участие в судебномедицинских экспертных комиссиях бюро судебномедицинской экспертизы;

- проверка копий актов судебномедицинских экспертиз, произведенных врачами-экспертами, с немедленным письменным извещением в необходимых случаях соответствующих следственных и судебных органов о неполноте, неточности или сомнительности данных акта экспертизы, составленного врачом-экспертом; в этих случаях копию акта экспертизы с копией своего письма судебномедицинский эксперт направляет одновременно вышестоящему судебномедицинскому эксперту;

- консультации работникам следственных и судебных органов по вопросам судебномедицинской экспертизы.

К организационным и научно-практическим обязанностям старшего городского (в Москве и Ленинграде), областного, краевого и республиканского судебномедицинских экспертов в пределах обслуживаемой территории относятся:

- проведение в жизнь правительственных постановлений и распоряжений, ведомственных приказов, инструкций, правил и т. д., относящихся к судебномедицинской экспертизе, и проверка их исполнения на местах;

- организация судебномедицинской экспертизы;

- руководство всей деятельностью судебномедицинских экспертов;

- контроль за работой судебномедицинских экспертов и судебных химиков путем: личных выездов и командировок судебно-медицинских экспертов на места для проверки и оказания практической помощи, затребования копий актов судебномедицинских и судебнохимических экспертов и др.

При обнаружении факта неправильно произведенной экспертизы начальник соответствующего бюро судебномедицинской экспертизы обязан немедленно сообщить об этом следственному или судебному органу для разрешения вопроса о назначении новой экспертизы или дополнительных исследований;

- проверка копий актов судебномедицинских экспертов, в том числе произведенных врачами-экспертами, и судебнохимических экспертиз с немедленным извещением в необходимых случаях

соответствующих следственных и судебных органов о неполноте, неточности или сомнительных данных акта экспертизы;

постановка перед руководителем соответствующего органа здравоохранения вопросов, связанных: 1) с плановым комплектованием судебно-медицинской сети специалистами-экспертами путем специализации и усовершенствования врачей и химиков; 2) с обеспечением органами здравоохранения на местах необходимых условий работы судебно-медицинских экспертов (помещения для освидетельствования живых лиц, морги со всем надлежащим оборудованием и др.); 3) с организацией судебно-медицинских лабораторий;

прием на работу и увольнение всех сотрудников бюро судебно-медицинской экспертизы;

изучение кадров судебно-медицинских экспертов и судебных химиков;

подбор кандидатов на курсы усовершенствования судебно-медицинских экспертов и судебных химиков;

выделение экспертов для производства новых экспертиз по требованию следственных и судебных органов;

организация краткосрочных курсов по повышению квалификации судебно-медицинских экспертов;

участие в рассмотрении вопросов, связанных с переводом на работу по другой специальности судебно-медицинских экспертов, а также с назначением врачей, получивших судебно-медицинскую подготовку, на работу не по специальности;

организация совещаний по судебно-медицинской экспертизе по согласованию с руководителем соответствующего органа здравоохранения и с главным судебно-медицинским экспертом министерства здравоохранения союзной республики;

организация и проведение под своим председательством судебно-медицинских экспертиз по делам, требующим комиссионного производства экспертиз;

производство единолично или в необходимых случаях комиссионно сложных судебно-медицинских экспертиз по предложению следственных и судебных органов обслуживаемой территории;

инструктаж и консультации судебно-медицинским экспертам; консультации работникам следственных и судебных органов по вопросам судебно-медицинской экспертизы;

изучение и разработка материалов судебно-медицинских и судебно-химических экспертиз.

К организационным и научно-практическим обязанностям главного судебно-медицинского эксперта министерства здравоохранения союзной республики в пределах обслуживаемой территории относятся:

проведение в жизнь правительственных постановлений и распоряжений, ведомственных приказов, инструкций, правил и т. д., относящихся к судебномедицинской экспертизе, и проверка их исполнения на местах;

организация судебномедицинской экспертизы;

руководство всей деятельностью судебномедицинских экспертов;

контроль за работой начальников бюро судебномедицинской экспертизы путем: личных выездов и командировок судебно-медицинских экспертов и судебных химиков на места для проверки и оказания практической помощи, затребования копий актов судебномедицинских и судебнохимических экспертов и др.

При обнаружении факта неправильно произведенной экспертизы главный судебномедицинский эксперт обязан немедленно сообщить об этом письменно соответствующему следственному или судебному органу для разрешения вопроса о назначении новой экспертизы или дополнительных исследований;

проверка копий актов судебномедицинских экспертиз с немедленным извещением в необходимых случаях соответствующих следственных и судебных органов о неполноте, неточности или сомнительности данных акта экспертизы;

постановка перед министром здравоохранения союзной республики вопросов, связанных: 1) с плановым комплектованием судебномедицинской сети специалистами-экспертами путем специализации и усовершенствования врачей и химиков; 2) с обеспечением органами здравоохранения на местах необходимых условий работы судебномедицинских экспертов (помещения для освидетельствования живых лиц, морги со всем надлежащим оборудованием и др.); 3) с организацией судебномедицинских лабораторий;

прием на работу и увольнение всех сотрудников бюро судебно-медицинской экспертизы министерства здравоохранения союзной республики;

участие в распределении кадров и в укомплектовании судебно-медицинской сети специалистами-экспертами;

утверждение и направление кандидатов на курсы усовершенствования судебномедицинских экспертов и судебных химиков;

участие в рассмотрении кандидатур на должности республиканских, краевых, областных и старших городских (в Москве и Ленинграде) судебномедицинских экспертов;

участие в рассмотрении вопросов, связанных с переводом на работу по другой специальности судебномедицинских экспертов, а также с назначением врачей, получивших судебномедицинскую подготовку, на работу не по специальности;

поручение любой судебно-медицинской лаборатории выполнения лабораторной экспертизы, назначенной следственным или судебным органом; организация и проведение республиканских съездов и совещаний судебно-медицинских экспертов по согласованию с министром здравоохранения союзной республики и с главным судебно-медицинским экспертом Министерства здравоохранения СССР;

участие в разработке ведомственных приказов, относящихся к судебно-медицинской экспертизе;

составление методических указаний по вопросам судебно-медицинской экспертизы по согласованию с главным судебно-медицинским экспертом Министерства здравоохранения СССР;

организация и проведение под своим председательством судебно-медицинских экспертиз по делам, требующим комиссионного производства экспертиз;

производство единолично или в необходимых случаях комиссионно особо сложных судебно-медицинских экспертиз по предложению прокуратуры, верховного суда и министерства внутренних дел союзной республики;

инструктаж и консультации судебно-медицинским экспертам;

консультации работникам следственных и судебных органов по вопросам судебно-медицинской экспертизы.

На главного судебно-медицинского эксперта Министерства здравоохранения СССР в организационном и научно-практическом отношении на территории СССР возлагаются:

проведение в жизнь правительственных постановлений и распоряжений, ведомственных приказов, инструкций, правил и т. д., относящихся к судебно-медицинской экспертизе, и проверка их исполнения на местах;

организация судебно-медицинской экспертизы;

руководство деятельностью главных судебно-медицинских экспертов министерств здравоохранения союзных республик;

контроль за работой главных судебно-медицинских экспертов министерств здравоохранения союзных республик путем: личных выездов и командировок судебно-медицинских экспертов и судебных химиков на места для проверки и оказания практической помощи, затребования копий актов судебно-медицинских и судебно-химических экспертиз и др.

При обнаружении факта неправильно произведенной экспертизы главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР обязан немедленно сообщить об этом письменно соответствующему следственному или судебному органу для разрешения вопроса о назначении новой экспертизы или дополнительных исследований;

проверка копий актов судебно-медицинских экспертиз с немедленным извещением в необходимых случаях соответствующих

следственных и судебных органов о неполноте, неточности или сомнительности данных акта экспертизы;

постановка перед министром здравоохранения СССР вопросов, связанных: 1) с плановым комплектованием судебно-медицинской сети специалистами-экспертами путем специализации и усовершенствования врачей и химиков; 2) с обеспечением органами здравоохранения на местах необходимых условий работы судебно-медицинских экспертов (помещения для освидетельствования живых лиц, морги со всем надлежащим оборудованием и др.); 3) с организацией судебно-медицинских лабораторий;

учет и изучение кадров судебно-медицинских экспертов и судебных химиков через Управление кадров Министерства здравоохранения СССР;

участие в рассмотрении кандидатур на должности главных судебно-медицинских экспертов министерств здравоохранения союзных республик;

участие в рассмотрении вопросов, связанных с переводом на работу по другой специальности судебно-медицинских экспертов, а также с назначением врачей, получивших судебно-медицинскую подготовку, на работу не по специальности;

организация и проведение всесоюзных съездов и совещаний судебно-медицинских экспертов по согласованию с министром здравоохранения СССР;

разработка проектов приказов, инструкций и т. п., относящихся к судебно-медицинской экспертизе;

составление методических писем по вопросам судебно-медицинской и судебно-химической экспертизы и научным способам их производства;

организация и проведение под своим председательством судебно-медицинских экспертиз по делам, требующим комиссионного производства экспертиз;

производство единолично или в необходимых случаях комиссионно особо сложных судебно-медицинских экспертиз по предложению Прокуратуры СССР, Верховного Суда СССР и Министерства внутренних дел СССР;

консультации всем судебно-медицинским экспертам;

консультации работникам следственных и судебных органов по вопросам судебно-медицинской экспертизы.

Судебно-медицинские лаборатории действуют, как правило, в каждой области, крае, автономной и союзной республиках, не имеющей областного деления.

В областях и автономных республиках с небольшим объемом работы отдельные лаборатории не организуются, а исследование вещественных доказательств передается другим лабораториям по указанию министерств здравоохранения союзных республик.

Повторные, а также особо сложные первичные исследования вещественных доказательств по предложению следственных и судебных органов производит исключительно Научно-исследовательский институт судебной медицины Министерства здравоохранения СССР.

Судебно-медицинские исследования вещественных доказательств производятся только врачами — судебно-медицинскими экспертами — получившими специальную подготовку.

Судебно-химические исследования вещественных доказательств производятся только лицами, имеющими высшее фармацевтическое или высшее химическое образование и прошедшими специализацию по судебной химии.

Эксперты судебно-медицинского и судебно-химического отделений лабораторий приравниваются в правах и обязанностях к судебно-медицинским экспертам.

Ответственным за судебно-медицинские и судебно-химические исследования (производство, выбор метода, заключение) является эксперт, непосредственно производивший исследование.

§ 16. Судебно-медицинские учреждения

Исследования объектов судебно-медицинской экспертизы производятся в специальных судебно-медицинских учреждениях.

В связи с реорганизацией в 1951 году судебно-медицинских учреждений утверждено Положение о бюро судебно-медицинской экспертизы и номенклатуре экспертных должностей в судебно-медицинских учреждениях.

Бюро судебно-медицинской экспертизы в лице входящих в их состав судебно-медицинских экспертов и судебных химиков осуществляют экспертизу на основе и с соблюдением действующего в СССР уголовного и гражданского, уголовно-процессуального и гражданско-процессуального законодательства, постановлений и распоряжений правительства, приказов и инструкций Министерства здравоохранения СССР.

Порядок работы бюро судебно-медицинской экспертизы определяется Инструкцией о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР Министерства здравоохранения СССР, согласованной с Прокуратурой СССР, Министерством юстиции СССР и Министерством внутренних дел СССР.

Бюро судебно-медицинской экспертизы возглавляются старшими городскими (в Москве и Ленинграде), областными, крайними судебно-медицинскими экспертами, республиканскими судебно-медицинскими экспертами министерств здравоохранения автономных республик и главными судебно-медицинскими экспертами министерств здравоохранения союзных республик.

Бюро судебномедицинской экспертизы состоят в ведении органов здравоохранения и подчинены в административно-хозяйственном отношении руководителям соответствующих органов здравоохранения, а именно:

бюро городской (в Москве и Ленинграде) судебномедицинской экспертизы — заведующему городским отделом здравоохранения;

бюро областной, краевой судебномедицинской экспертизы — заведующему областным, краевым отделом здравоохранения;

бюро республиканской судебномедицинской экспертизы — министру здравоохранения автономной республики или заместителю министра;

бюро главной судебномедицинской экспертизы — министру здравоохранения союзной республики или первому заместителю министра.

Районные, межрайонные и городские судебномедицинские эксперты входят в состав соответствующего бюро судебномедицинской экспертизы и в административно-хозяйственном отношении подчинены начальнику бюро судебномедицинской экспертизы.

Главный судебномедицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР подчинен министру здравоохранения СССР или первому заместителю министра.

В состав бюро судебномедицинской экспертизы входят следующие отделы:

1) судебномедицинская амбулатория — отдел по всем видам судебномедицинского освидетельствования живых лиц;

2) морг по судебномедицинскому исследованию трупов с патолого-гистологическим отделением;

3) судебномедицинская лаборатория — отдел по исследованию вещественных доказательств с отделениями:

судебномедицинским — для производства судебномедицинских исследований;

судебнохимическим — для производства судебнохимических исследований;

физико-техническим — для производства рентгенологических, спектрографических, макрофотографических, микрофотографических и других исследований.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВНЕШНЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Раздел I

Воздействие механических факторов

ГЛАВА III

ПОВРЕЖДЕНИЕ (ТРАВМА)

§ 17. Общая характеристика повреждений и их виды. § 18. Классификация повреждений по происхождению. § 19. Повреждения от тупых орудий (оружия). § 20. Транспортная травма и судебномедицинская экспертиза при транспортных происшествиях. § 21. Спортивная травма. § 22. Повреждения острыми орудиями и оружием

§ 17. Общая характеристика повреждений и их виды

Повреждением в медицине называется нарушение анатомической целостности или функций тканей или органов, повлекшее за собой расстройство здоровья или смерть. В этом смысле повреждение может быть вызвано всякими внешними воздействиями, а также внутренними причинами, при заболеваниях. Например, гангрена стопы может быть следствием отморожения или же как осложнение, например, при сыпном тифе. В первом случае гангрена стопы возникла вследствие внешнего воздействия, низкой температуры, во втором — явилась следствием заболевания.

В судебной медицине рассматриваются повреждения от всякого рода внешних воздействий, а не от болезней или интоксикации. Нередко понятие повреждения еще более сужается, и под повреждением понимают только такое нарушение анатомической целостности или функции, которое было вызвано механическими воздействиями на организм. Повреждения вызываются влиянием на организм внешних воздействий:

а) механических — тупыми, острыми орудиями и оружием, огнестрельным оружием, при падении, машинами и их частями и др.;

- б) других физических факторов — высокой и низкой температуры, высокого и низкого давления, лучистой энергии;
- в) химических — кислот, щелочей, газов и т. д.;
- г) психических — испуга, сильного душевного волнения (травматические неврозы, истеротравматические расстройства).

Как видно из этого перечисления, повреждения вызывается самыми разнообразными факторами. Однако принято обычно к повреждениям относить лишь повреждения от механических причин. Повреждение или травма является предметом изучения различных медицинских (и не только медицинских) дисциплин. Изучением происхождения травм — травматизма, их особенностей занимаются хирургия и ее специальная отрасль — травматология, судебная медицина, гигиена труда, врачебно-трудовая экспертиза и другие отрасли медицины. Изучение происхождения повреждений показывает, что источники травматизма различны, что их можно устранить или предупредить и тем самым уменьшить травматизм. Борьба со всеми видами травматизма в СССР развернута очень широко.

По происхождению различают травматизм:

- а) военный — сюда относятся боевая травма, повреждения, полученные в боевой обстановке;
- б) производственный, или промышленный, — куда относятся повреждения, полученные во время работы на производстве. Производственный, или промышленный, травматизм в капиталистических странах — естественная и неизбежная принадлежность капиталистического производства. Массы калек, жертв капиталистической эксплуатации ежегодно выбрасываются с фабрик, заводов и шахт, пополняя собой голодную армию безработных.

В СССР охрана труда — государственное дело, и поэтому промышленный травматизм резко снижается. Высокий уровень социалистической техники, огромная работа по охране труда, строгая уголовная ответственность за несоблюдение и нарушение правил охраны труда создают все условия для полной ликвидации промышленного травматизма;

- в) сельскохозяйственный — представляет собой разновидность производственного травматизма, но в условиях сельскохозяйственных работ.

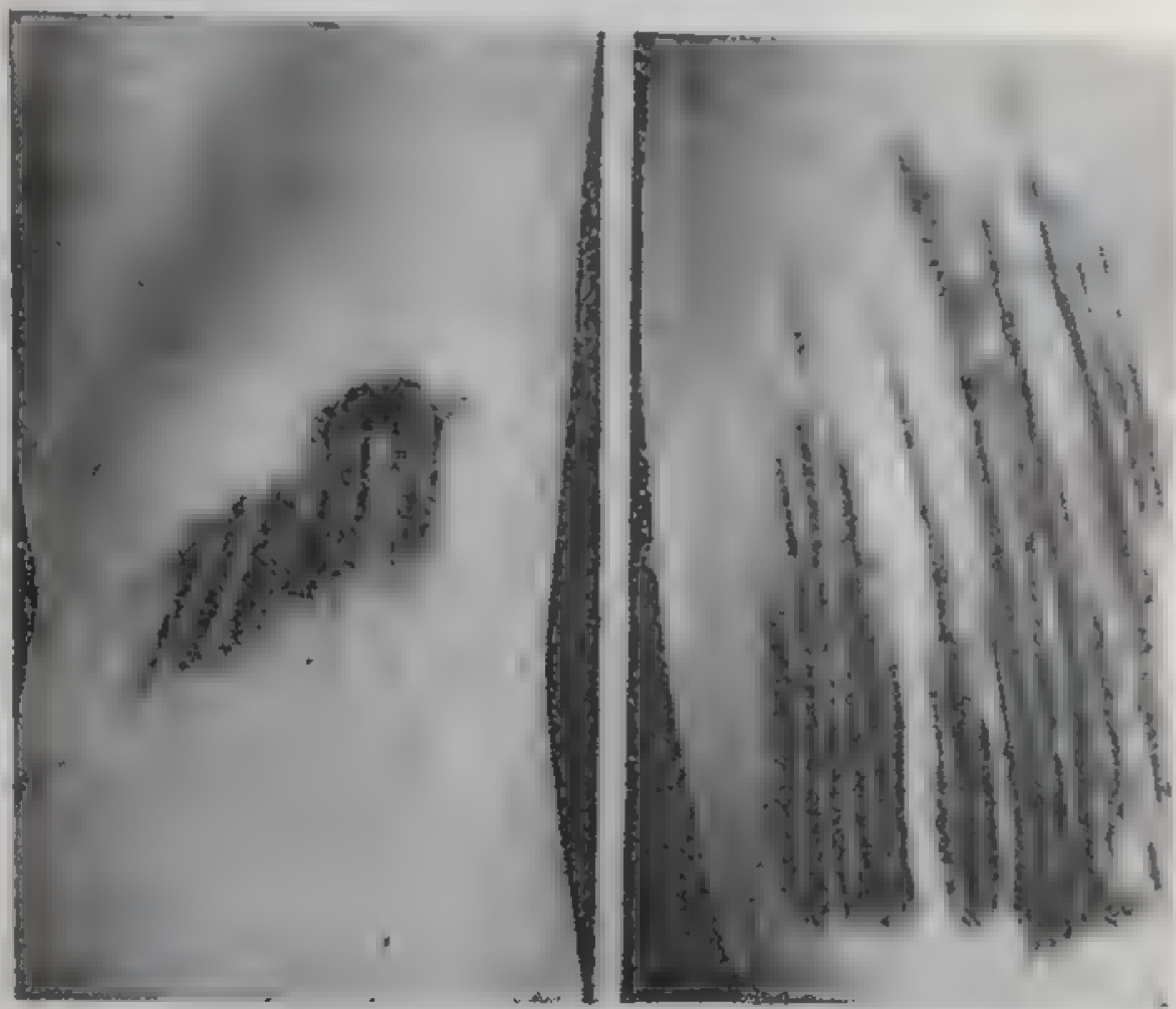
В условиях социалистического сельского хозяйства ведется борьба с сельскохозяйственным травматизмом, к полной ликвидации которого имеются все предпосылки;

- г) спортивный — связанный с занятиями различными видами спорта, лишь в тех случаях, когда имеется неправильная и плохая организация занятий спортом;

д) транспортный — связан с различными видами транспорта, главным образом внутригородского, а также железнодорожного и воздушного;

е) бытовой — сюда относятся повреждения, возникающие в быту от случайных причин (падение, повреждение бытовыми орудиями, приборами) или намеренно (в драке, при убийстве, самоубийстве, самоповреждении и т. п.). В судебно-медицинской практике встречаются преимущественно травматизм бытовой и транспортный, значительно реже — спортивный и еще реже — производственный и сельскохозяйственный.

Различные виды травматизма имеют характерные особенности в отношении условий возникновения травмы, механизма образования, локализации и характерных особенностей самого повреждения. Изучение этих моментов позволяет по повреждению восстанавливать условия и механизм повреждения, что обычно и приходится делать при экспертизе повреждений.



1. Ссадины от скольжения на коже верхних конечностей

Все многообразие повреждений, встречающихся в практике, можно свести к нескольким определенным видам: ссадины, кровоподтеки, вывихи, переломы, раны, разрывы органов, размятие, отделение частей тела.

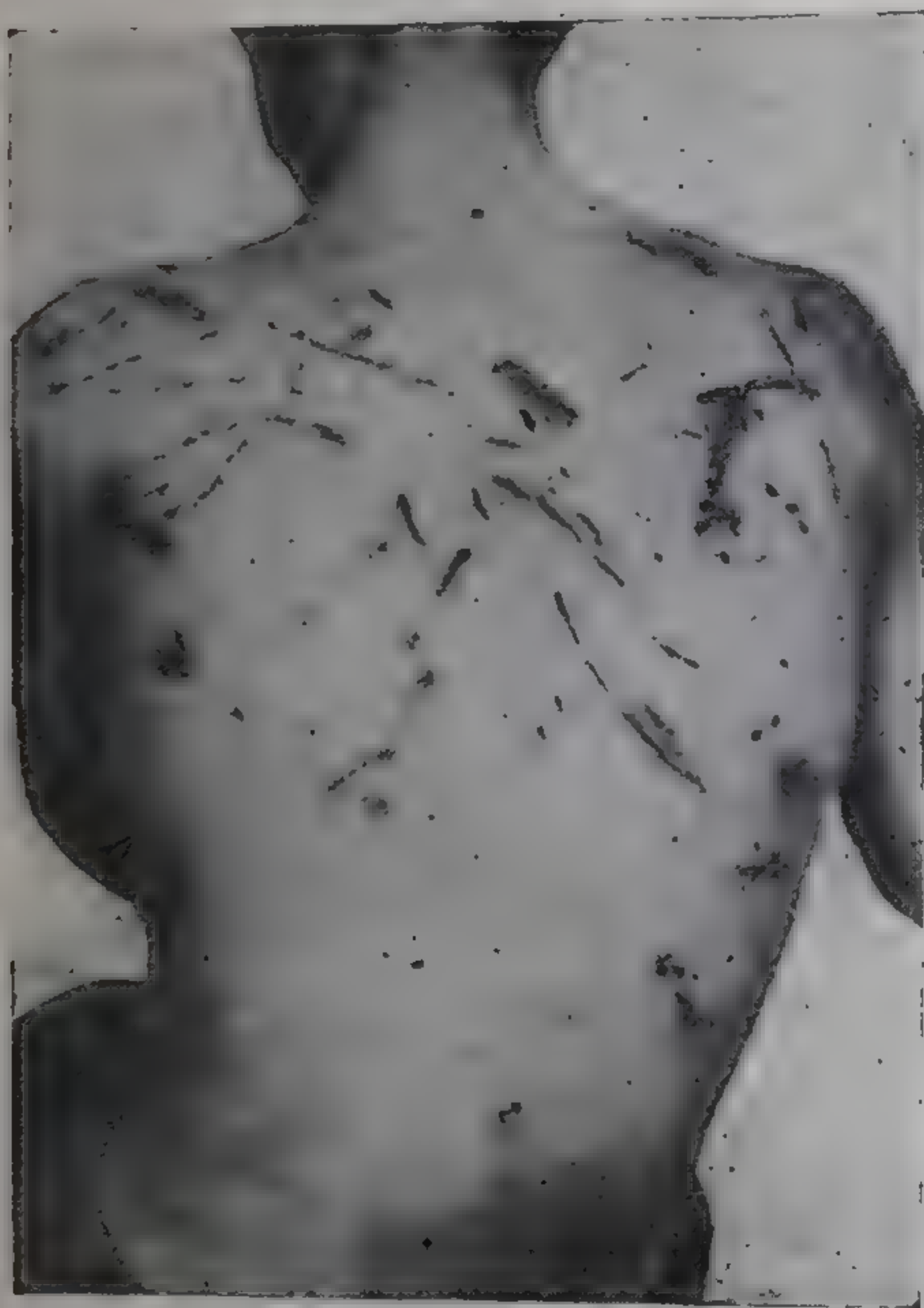
В зависимости от механизма возникновения, орудия или оружия отдельные виды повреждений приобретают определенные отличия, позволяющие устанавливать их происхождение, что имеет существенное значение в судебно-медицинской практике.

Рассмотрим признаки отдельных видов повреждений.

Ссадины представляют собой нарушение целостности верхнего слоя кожи, эпидермиса, а иногда глубже лежащего, соединительнотканного слоя кожи (рис. 1). Свежая ссадина имеет влажную поверхность вследствие выхождения жидкости из поврежденных лимфатических сосудов, а иногда и капелек крови из поверхностных капилляров кожи. Цвет свежей ссадины — розовокрасный. При подсыхании ссадины образуется буровато-коричневая корочка из подсохшей белковой жидкости и свернувшейся крови, а под корочкой происходит разрастание нового

эпидермиса. Затем корочка подвергается отторжению, и на месте бывшей ссадины остается вначале розово-синеватое пятно, которое постепенно бледнеет. Последовательные изменения ссадины позволяют судить в известной степени о давности ее возникновения.

Ссадины линейной формы называются царапинами. Форма ссадины может указывать на орудие, которым было нанесено повреждение, или



2. Ссадины и кровоподтеки от ударов тупым предметом

механизм ее возникновения. Иногда характерная форма ссадины заставляет заподозрить определенный вид насилия или определенное орудие. Так, ссадины полулунной формы на шее дают основание предполагать удушение рукой; в области бедер, половых органов у женщин — изнасилование; ссадины в виде полосы, проходящей вокруг шеи, — странгуляционной борозды — о повешении или удушении петлей.

Характерные ссадины оставляют после себя некоторые предметы с особой поверхностью, например фигурные части автомашин при автомобильных травмах. Обнаружение ссадины на какой-либо части тела заставляет искать более глубо-

кие изменения в этой области, так как ссадина указывает на приложение силы именно в этом месте.

Исход мелких ссадин — обычно полное выздоровление. Обширные осаднения могут сопровождаться и значительной болезненностью, воспалительной реакцией, а иногда и более серьезными осложнениями.

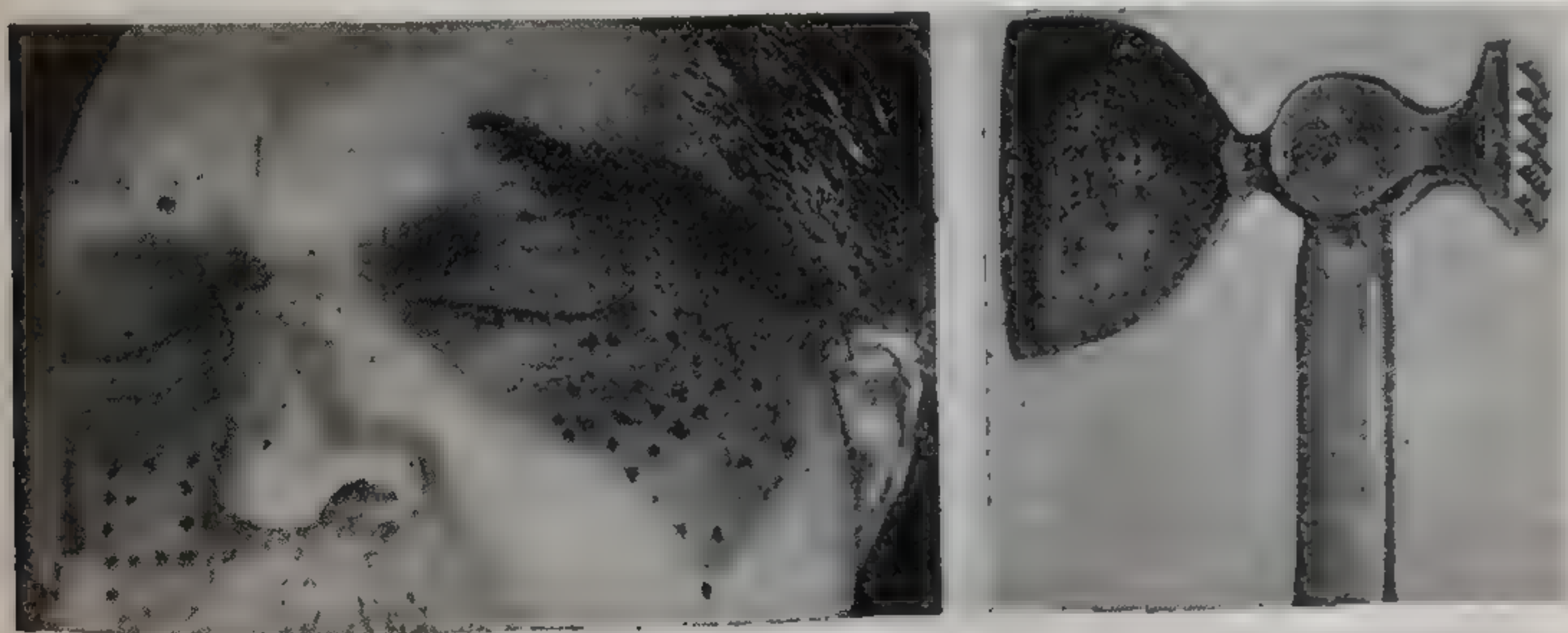
Кровоподтеки возникают при смещении кожи по отношению к подлежащим тканям, что сопровождается разрывами сосудов и последующим кровоизлиянием. Вышедшая из сосудов кровь просвечивает через кожу в виде пятна различной окраски, в зависимости от давности кровоподтека.

Наличие кровоподтека указывает прежде всего на применение насилия в месте его образования. Форма кровоподтека



3. Кровоподтеки и ссадины на тыле кистей от ударов велосипедной цепью

может указывать иногда на оружие, которым было нанесено повреждение. (рис. 3, 4).



4. Ссадины и кровоподтеки от ударов топориком

Локализация кровоподтеков в определенных местах может указывать также на характер насилия. Например, небольшие кровоподтеки округлой формы на шее могут указывать на сдавление шеи пальцами. Такие же кровоподтеки на внутренней

поверхности бедер и в окружности половых органов у женщины могут указывать на попытку насильственного полового сношения.

Цвет кровоподтека позволяет судить о давности его возникновения. Излившаяся из поврежденных подкожных или глуболежащих сосудов кровь в первые часы после образования кровоподтека придает коже багрово-синеватую окраску, переходящую затем в интенсивно синюю. В ближайшие дни появляются буроватый оттенок и зеленоватое окрашивание сначала в периферических, наиболее тонких частях кровоподтека. Позднее цвет кровоподтека из зеленоватого переходит в желтоватый, и, наконец, кровоподтек исчезает. Обратное развитие кровоподтека зависит от количества излившейся крови, локализации кровоподтека, возраста субъекта и ряда других моментов. Мелкие кровоподтеки могут исчезать в течение 5—6 дней, более крупные держатся неделями и месяцами.

У маленьких детей, стариков и некоторых людей с повышенной хрупкостью сосудов кровоподтеки могут возникать от весьма незначительных насильствий, например: резкого схватывания рукой, легкого удара о тупой предмет или тупым предметом. В некоторых местах кровоподтеки возникают легко и получают большое распространение, например: в веках, особенно нижних, в мошонке, больших половых губах. Это объясняется наличием в этих местах рыхлой жировой клетчатки, что благоприятствует распространению излившейся крови. В других местах, например в теменной области, требуется более значительное насилие для нарушения строения тканей в виде отслойки их, чтобы могло образоваться скопление крови.

Иногда при повреждении глубоких сосудов кровоподтеки могут появляться не сразу после повреждения, а через несколько часов, пока кровоизлияние не распространится до подкожной клетчатки. Кровоподтеки могут также иногда появляться не в месте приложения силы и повреждения тканей, а в некотором отдалении, например кровоподтеки в веках — при переломе основания черепа вследствие распространения крови по клетчатке глазниц.

Нужно иметь также в виду, что подкожные кровоизлияния возникают при некоторых заболеваниях у детей и у взрослых, например: болезнях крови, цинге (авитаминоз С), инфекционных заболеваниях. Такие кровоизлияния, зависящие от болезненных причин, могут быть весьма значительными, а по неопытности могут быть приняты за кровоподтеки насильственного происхождения.

При значительных насильствиях под кожей могут образовываться полости различной величины, наполненные кровью (гематомы).

Исход кровоизлияния зависит прежде всего от величины кровоизлияния, возраста субъекта и ряда других причин. Обычно кровоизлияния рассасываются и исчезают, не оставляя после себя следов. Обширные и множественные кровоизлияния могут сопровождаться и общими явлениями: болевыми ощущениями, лихорадочными состояниями, малокровием. Полости, наполненные кровью (гематомы), могут иногда нагнаиваться, приводя и к более серьезным последствиям. Однако в большинстве случаев кровоизлияния без осложнений рассматриваются как повреждения легкие, без расстройства здоровья. Иногда они могут быть единственным показателем ушиба.

Вывихи — смещение костей в суставах по отношению друг к другу. Вывихи при внешних воздействиях возникают вследствие резкого насильственного смещения костей в суставе. Вывихи возникают обычно при падении и редко от прямого насилия на сустав. В большинстве случаев вывихи наблюдаются в суставах верхних конечностей — плечевом, локтевом — и значительно реже в суставах нижних конечностей. При вывихе происходит повреждение тканей, окружающих сустав. От обширности повреждения окружающих тканей зависит и исход вывиха. Своевременно вправленные вывихи, без значительных повреждений окружающих тканей, заканчиваются выздоровлением через несколько дней или 2—3 недели, в зависимости от величины сустава.

Переломы представляют собой нарушение целостности кости под влиянием внешнего насилия. Перелом кости сопровождается повреждением тканей в окружности перелома и иногда очень значительным кровоизлиянием. В тех случаях, когда перелом кости происходит внутри мягких тканей без нарушения целостности кожи, говорят о закрытом переломе, когда же в области перелома происходит разрыв кожи — это открытый перелом. По механизму возникновения, характеру повреждения переломы костей весьма разнообразны. Однако известны и типичные переломы некоторых костей в определенных местах при одном и том же механизме возникновения. Это дает возможность при таких типичных переломах высказываться при экспертизе о механизме возникновения перелома. Например, при падении о механизм возникновения перелома. Например, при падении у пожилых людей, особенно у женщин, нередко наблюдается перелом шейки бедренной кости. Некоторые переломы возникают чаще у лиц определенных профессий, например: перелом нижнего конца лучевой кости у шоферов или перелом ключицы у сцепщиков вагонов.

У стариков вследствие возрастной хрупкости костей переломы костей могут легко произойти от сравнительно незначительных насильств, например при случайном падении на пол с постели. Повышенная хрупкость костей наблюдается и при

некоторых заболеваниях. Кроме того, могут быть и самопроизвольные переломы костей при поражении их, например, злокачественными опухолями.

Исход переломов зависит прежде всего от возраста субъекта. Чем моложе человек, тем благоприятнее исход перелома. У стариков переломы костей заживают плохо и медленно. Неосложненные переломы крупных костей конечностей требуют для заживления от 25 до 70 дней. При переломах с большими разрушениями кости, повреждением окружающих тканей, осложненных нагноением, сроки заживления увеличиваются. Неправильное сращение костей приводит к ограничению подвижности, укорочению членов или же значительному нарушению функции, например при образовании ложного сустава.

Раны представляют собой нарушение целостности всей толщи кожи или слизистых оболочек (покровов), а иногда и глубже лежащих тканей и органов. Если повреждены только покровы тела, то рана будет простой, а если повреждены глубже лежащие ткани и органы, рана называется сложной. Рана, сообщающаяся с какой-нибудь полостью тела (грудной, брюшной и др.) называется проникающей.

Раны могут возникать от действия различных видов орудий и оружия, движущихся механизмов, зубами человека, рогами, зубами, конечностями животных. Орудие или оружие, вызвавшее повреждение, до известной степени определяет характер вызванной им раны. По орудию и характеру повреждения различают:

1) раны от тупых орудий — ушибленные, рваные, лоскутные, размозженные, укушенные;

2) раны от острых орудий (оружия) — резаные, колотые, колото-резаные, рубленые;

3) раны от огнестрельного оружия — слепые, сквозные, касательные, опоясывающие.

Проникающие раны могут сопровождаться повреждением внутренних органов. Тогда говорят о ране органа, например огнестрельной ране печени.

Исходы раны зависят от величины раны, обширности повреждения тканей, глубины проникновения, присоединившейся инфекции и других условий. Операционные раны, например, заживают очень быстро. Хорошо заживают сходные с ними резаные раны. Раны от тупых орудий заживают значительно медленнее, что объясняется большим повреждением тканей.

Размятие (размозжение) тканей, отдельных органов или всего тела наблюдается при сдавливании между двумя тупыми твердыми телами. Обширность и тяжесть повреждения зависят от объема поврежденной части тела и силы тяжести сдавливающего предмета.

В одних случаях дело может ограничиться незначительным расстройством здоровья — размятием ногтевой фаланги пальца, в других — быстро привести к смерти — например при размятии органов брюшной полости. Размятие может быть закрытым повреждением, когда кожа остается целой, а глубже лежащие ткани и органы оказываются размятыми. Иногда кровы тела оказываются разорванными. В некоторых случаях размятие может быть очень обширным и захватить все тело, что наблюдается при транспортной травме.

Отделение частей тела обычно сопутствует обширному размятию тела, но иногда бывает ограниченным, когда отделяется только какая-нибудь часть тела, например стопа. Отделение частей тела обычно наблюдается при транспортной травме, падении в движущиеся части каких-либо машин, реже — от острых орудий (топора), иногда — от огнестрельного оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ. Значение отделения частей тела зависит, конечно, от характера повреждения.

Все разнообразие встречающихся в практике повреждений в основном укладывается в перечисленные виды повреждений. Возможна, конечно, и дальнейшая детализация классификации отдельных видов повреждений, но в настоящем учебнике нет необходимости это делать.

В судебно-медицинской практике приходится иметь дело прежде всего с определением по повреждению орудия, вызвавшего повреждение, и механизма его возникновения. Поэтому существенно важно знать отличительные признаки повреждений от определенных видов орудий и оружия и механизм их возникновения.

Следовательно, необходимо отдельно изучать повреждения от различных видов орудий и оружия и, кроме того, отдельные виды травматизма, то есть обстоятельства и механизмы возникновения повреждений.

§ 18. Классификация повреждений по происхождению

В зависимости от орудий (оружия) и механизмов возникновения различают:

А. Повреждения от тупых орудий:

механизмы возникно- вения	{	повреждения от ударов тупыми орудиями (оружием);
		повреждения от ударов о тупые предметы при падении;
		транспортная травма;
		спортивная травма;
		производственная, сельскохозяйственная травма.

Б. Повреждения от острых орудий:

повреждения режущими орудиями (оружием);

повреждения колющими орудиями (оружием);
повреждения рубящими орудиями (оружием).

В. Повреждения от огнестрельного оружия:

повреждения от ручного огнестрельного оружия;
повреждения от ручных гранат и их частей, мин;
повреждения от снарядов;
повреждения от врывчатых веществ, боеприпасов.

Перейдем к рассмотрению повреждений от отдельных видов орудий (оружия) и механизмов возникновения повреждений.

Прежде всего необходимо условиться о том, что считать орудием и что оружием, так как эти понятия нередко не различают. Оружием следует считать предметы и средства, имеющие специальное назначение служить для защиты или нападения (холодное или огнестрельное оружие); орудиями являются предметы и средства, имеющие специальное назначение и применение в быту, на производстве, в технике и т. п., а также предметы, не имеющие никакого специального назначения (камень), которые случайно или намеренно применяются для защиты или нападения или же вызывают повреждение вследствие случайного стечения обстоятельств (производственная, транспортная, спортивная травма и др.). Короче говоря, орудиями являются все те предметы и средства, которые не имеют специального назначения служить для защиты или нападения.

§ 19. Повреждения от тупых орудий (оружия)

Тупое оружие встречается редко и представляет собой самодельные предметы, изготовленные специально для нападения. К таким предметам относятся, например, металлические перчатки (кастеты). Такие предметы, изготовленные специально для нападения, являются тупым оружием (рис. 5 а, б).

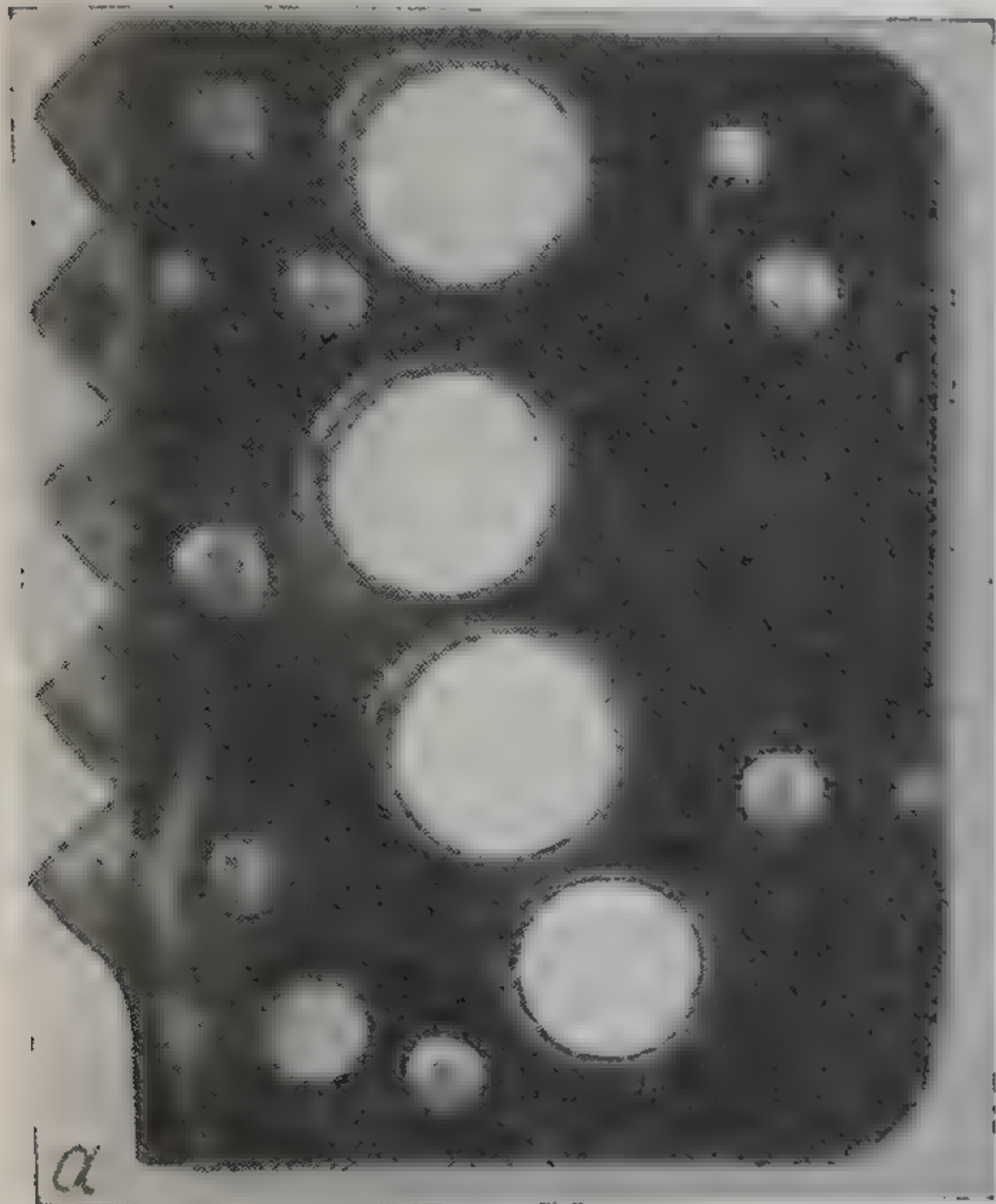
Воднотранспортная коллегия Верховного Суда СССР 18 февраля 1950 г. вынесла следующее определение по делу К. и других:

«Поскольку свинцовые перчатки предназначены исключительно для причинения телесных повреждений, они должны рассматриваться как холодное оружие, изготовление, хранение, сбыт и ношение которого без соответствующего разрешения должно караться по ч. 4 ст. 182 УК РСФСР»¹.

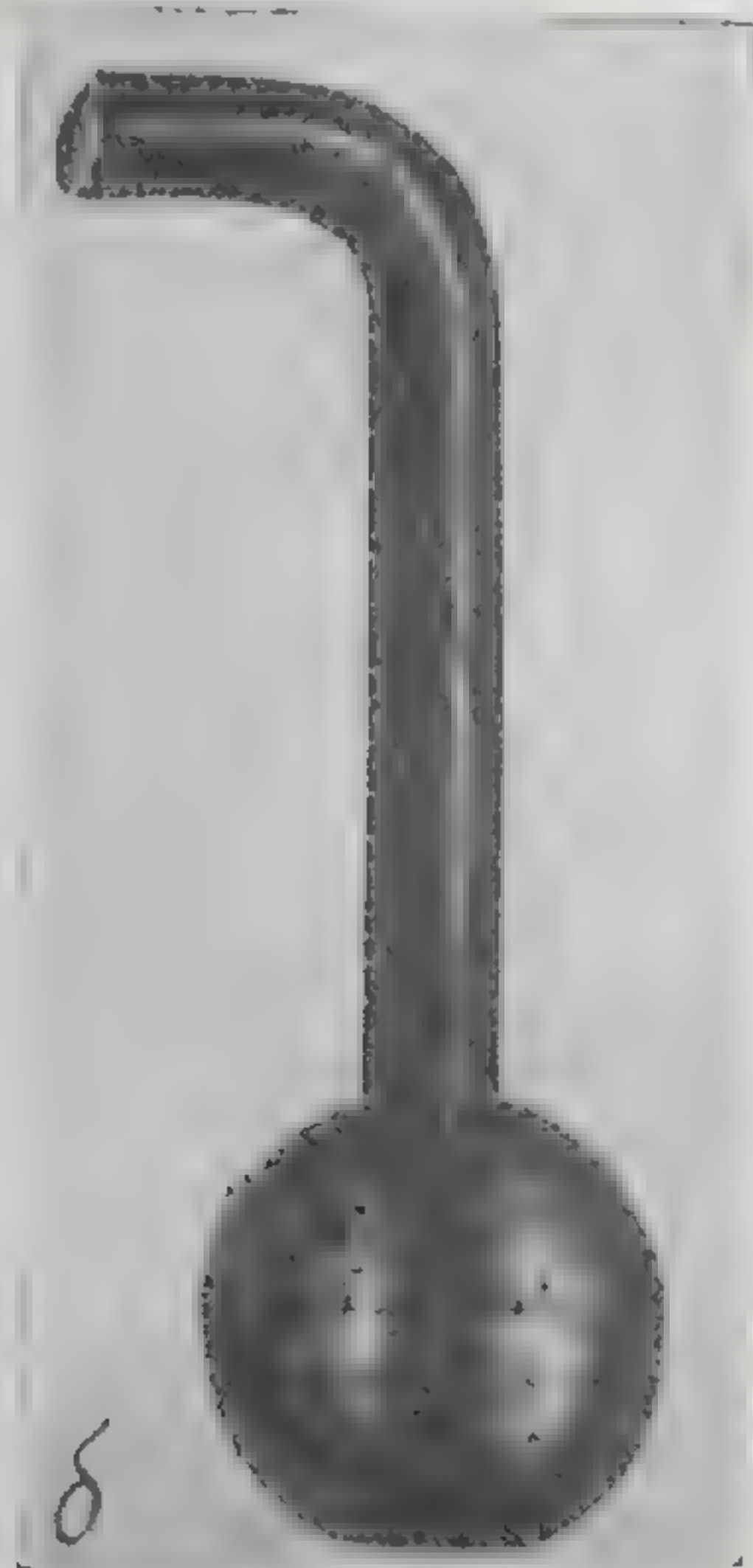
Тупых орудий (предметов) бесчисленное множество, разнообразных по форме, объему, весу, плотности, характеру поверхности и другим свойствам. К тупым орудиям относятся большинство предметов, окружающих человека, имеющих всегда у него под рукой и применяемых им обычно случайно при на-

¹ «Судебная практика Верховного Суда СССР» 1950 г. № 4.

падении, защите или неосторожно. Свойствами тупых орудий обладают также руки, ноги, зубы человека. Повреждения от движущихся частей машин, в том числе и транспортных, а также и повреждения, возникающие от падения с высоты, по своему характеру также относятся к повреждениям от тупых орудий. Нет особой необходимости останавливаться на детальной классификации тупых орудий и предметов, имеющих характер тупых орудий.



5а. Кастет из пластмассы



5б. Металлическая палка с шаровидным утолщением на конце

При оценке повреждений приходится устанавливать многие качества тупого орудия: свойства поверхности, объем, форму, вес, а также механизм его действия: размах, силу удара, высоту падения и другие особенности. Детальное исследование повреждения дает возможность установить многие особенности орудия и механизма возникновения повреждения.

Тупые орудия при их воздействии на тело человека могут вызывать образование разнообразных повреждений от поверхностных в виде ссадин, кровоподтеков до обширных размятий и отделения частей тела.

Воздействие тупого орудия на тело человека может проявляться преимущественно в виде ушиба, сотрясения или ушиба

и сотрясения одновременно, сдавления. От силы, особенностей механизма и других воздействий, качеств орудия зависят особенности повреждения, его форма, распространенность, тяжесть, исход.

Повреждения от ударов тупыми предметами. Повреждения от ударов тупыми предметами — самые распространенные в судебно-медицинской практике, что объясняется, как уже было указано, распространенностью и доступностью тупых предметов. От ударов тупыми предметами возникают ушибы, сотрясения, сдавления раны, вывихи, переломы, разрывы внутренних органов, отделение частей тела.

Перейдем к разбору и характеристике отдельных повреждений от тупых предметов.

Ушиб (контузия). Ушибом называется повреждение тканей или отдельных органов без нарушения целостности наружных покровов от непосредственного воздействия на них тупого предмета. Степень повреждения тканей при ушибе разнообразна и зависит как от характера тупого предмета, так и от механизма воздействия его на ткани. Наружные покровы тела при ушибе не нарушаются, и воздействие тупого орудия может либо не оставить никаких следов, либо проявиться в виде осаднения кожных покровов. Отсутствие изменений наружных покровов либо их незначительность не дает оснований судить о степени повреждения расположенных глубже тканей и органов. При незначительности повреждений наружных покровов повреждения более глубоких органов и тканей могут быть значительными.

Ушиб тканей, как правило, сопровождается кровоизлиянием в ткани. Обширность кровоизлияния также различна. От небольших подкожных кровоизлияний, подкожных кровоподтеков, до больших полостей, наполненных кровью (гематом), или обширных пропитываний кровью мягких тканей.

При сдавливании ткани действием значительной силы происходит размятие тканей, например мышц, нервов. Размятые ткани погибают, омертвевая, рассасываются, функция их исчезает или значительно нарушается. Значительное размятие мягких тканей может наблюдаться и при весьма поверхностных изменениях наружных покровов.

Разрывы внутренних органов при ушибах могут наблюдаться и называются подкожными разрывами внутренних органов (см. ниже).

Повреждение отдельных тканей при ушибах зависит от силы воздействия тупого предмета на ткани, от чего зависит и степень расстройства функции ткани (мышцы, нерва, кости).

Сотрясение (коммоция). При воздействии тупого предмета со значительной силой происходит более или менее сильное встряхивание отдельных частей или всего тела человека. При

этом могут наблюдаться не только функциональные расстройства, а иногда и анатомические изменения тканей, в отдельных случаях значительные. Обычно сотрясением называют такое повреждение тканей, которое проявляется только функциональными расстройствами, иногда настолько серьезными, что они приводят к смерти, например сотрясение мозга. В этих случаях, когда анатомических изменений нет, а сотрясение проявляется только функциональными расстройствами, последние объясняются молекулярными изменениями в тканях, вызванными сильным сотрясением органа.

При значительных сотрясениях тела в тканях могут наблюдаться кровоизлияния, очаги омертвения, разрывы тканей и органов и даже отрывы органов, например сердца, легкого.

Пример: Мальчик 9 лет, перебегая улицу, был отброшен в сторону автобусом, шедшим с большой скоростью. Мальчика подняли уже мертвым.

При вскрытии трупа мальчика было обнаружено, что сердце оторвано от сосудов и свободно лежит в сердечной сорочке среди излившейся крови. Никаких других повреждений мягких тканей или костей скелета при вскрытии трупа обнаружено не было. Отрыв сердца от сосудов был вызван сильным и резким сотрясением тела. Чаше, однако, сотрясение характеризуется только функциональными расстройствами, обычно скоро проходящими.

Типичным примером сотрясения органа является сотрясение мозга. От действия силы при ударе по голове тупым предметом или от удара головой о твердые тупые предметы при падении немедленно наступают функциональные расстройства центральной нервной системы: потеря сознания, замедление пульса, отсутствие реакции зрачков, исчезновение кожных рефлексов, рвота, судороги и ряд других симптомов.

Различают три степени сотрясения мозга: легкую, среднюю и тяжелую.

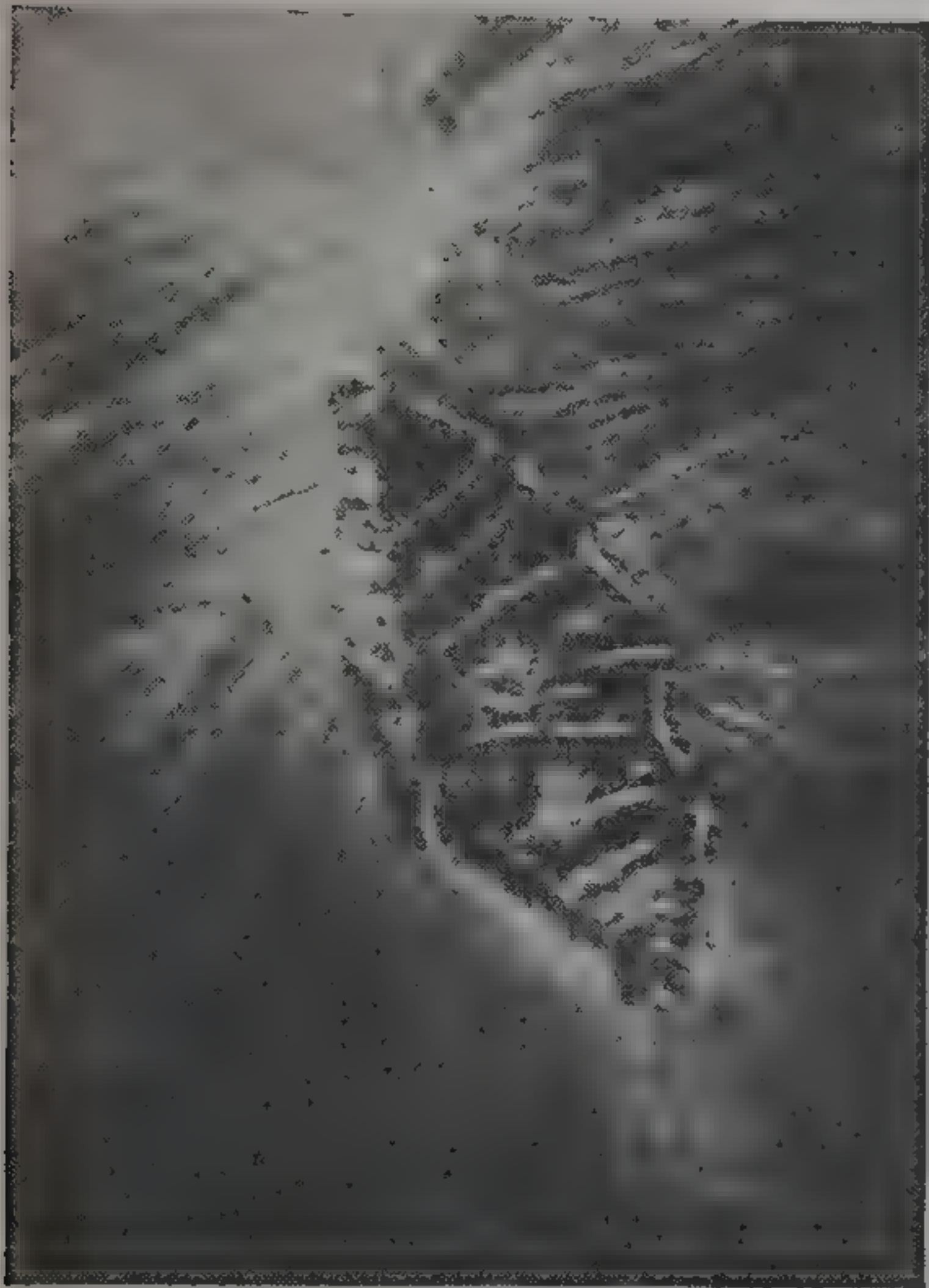
Легкая степень сотрясения мозга характеризуется недлительной потерей сознания, до получаса, и быстрым улучшением состояния потерпевшего.

Средняя степень характеризуется более длительной потерей сознания, до двух-восьми часов, более тяжелым и длительным периодом выздоровления, спутанностью сознания, сонливостью, оглушенностью, тошнотой, головокружениями и другими симптомами.

Тяжелая степень характеризуется длительной потерей сознания, иногда на несколько дней, исчезают рефлексы, зрачки не реагируют на свет, наблюдается непроизвольное отхождение мочи и кала, дыхание редкое и поверхностное. Нередко тяжелая степень сотрясения мозга заканчивается смертью. Само собой разумеется, что при определении степени тяжести телесного повреждения, применительно к ст. ст. 142 и 143 УК, сотрясение мозга легкой

степени, а часто и средней не может и не должно расцениваться как повреждение тяжкое; легкое сотрясение мозга иногда может быть отнесено и к повреждениям легким без расстройства здоровья.

Сдавление. При сдавлении отдельных частей или всего тела наблюдаются также разнообразные повреждения в зависимости от величины и тяжести сдавливающего предмета или



6. Перемычки в ране, возникшие от удара тупым предметом

предметов и силы их действия. Иногда при значительном по силе сдавлении могут наблюдаться только функциональные расстройства, например шок при сдавлении груди буферами вагонов. При транспортной травме, сдавлении колесами тяжелых автомашин, автобусов наблюдаются обширнейшие повреждения органов и тканей в виде размятий. Для сдавлений характерны обширные повреждения внутренних органов и тканей при относительной целости кожных покровов.

Раны. От ударов тупыми предметами могут возникать раны различной формы и характера. Разнообразие ран от тупых предметов очень велико, как велико разнообразие и тупых предметов. К этому присоединяется еще и разнообразие механизмов воз-

действия тупого орудия на ткани. Действие тупого орудия на ткани заключается в том, что тупое орудие сжимает, раздавливает, разминает и разрывает ткани. Разрывы наружных покровов, то есть раны, при этом бывают менее площади действовавшего орудия. Раздавливанию и разрыву ткани благоприятствует присутствие близко под кожей кости. В таких случаях происходит раздавливание тканей между двумя плотными поверхностями.

Вдавливая кожу перед тем, как ее размять, раздавить, тупое орудие вызывает повреждение верхнего слоя кожи (эпидермиса) на краях образующейся раны. Поэтому раны от тупых орудий обычно имеют осадненные края. Края раны от тупого орудия образованы размятыми, раздавленными тканями, поэтому они неровны. Отдельные волокна в тканях, более эластичные, сохраняются неповрежденными; поэтому при раздвигании раны можно часто увидеть, особенно в углах ее, отдельные тонкие перемычки, соединяющие края раны (рис. 6). Обнаружение та-

кна волоконце-перемычек является ценным доказательством возникновения раны от действия тупого орудия. Раны от тупых тканей в окружности раны, зависящей от объема тупого орудия, сдавливающего ткани. Обширное повреждение тканей в области раны, вызванной тупым орудием, приводит к омертвению и медленному заживлению раны.

В зависимости от механизма действия тупого орудия на ткани различают раны:

а) ушибленные — возникающие большей частью от перпендикулярного воздействия орудия на ткани (рис. 7);

б) рваные — характеризующиеся, кроме размятия, еще и разрывами тканей;

в) укушенные — от укусов зубами животных и человека;

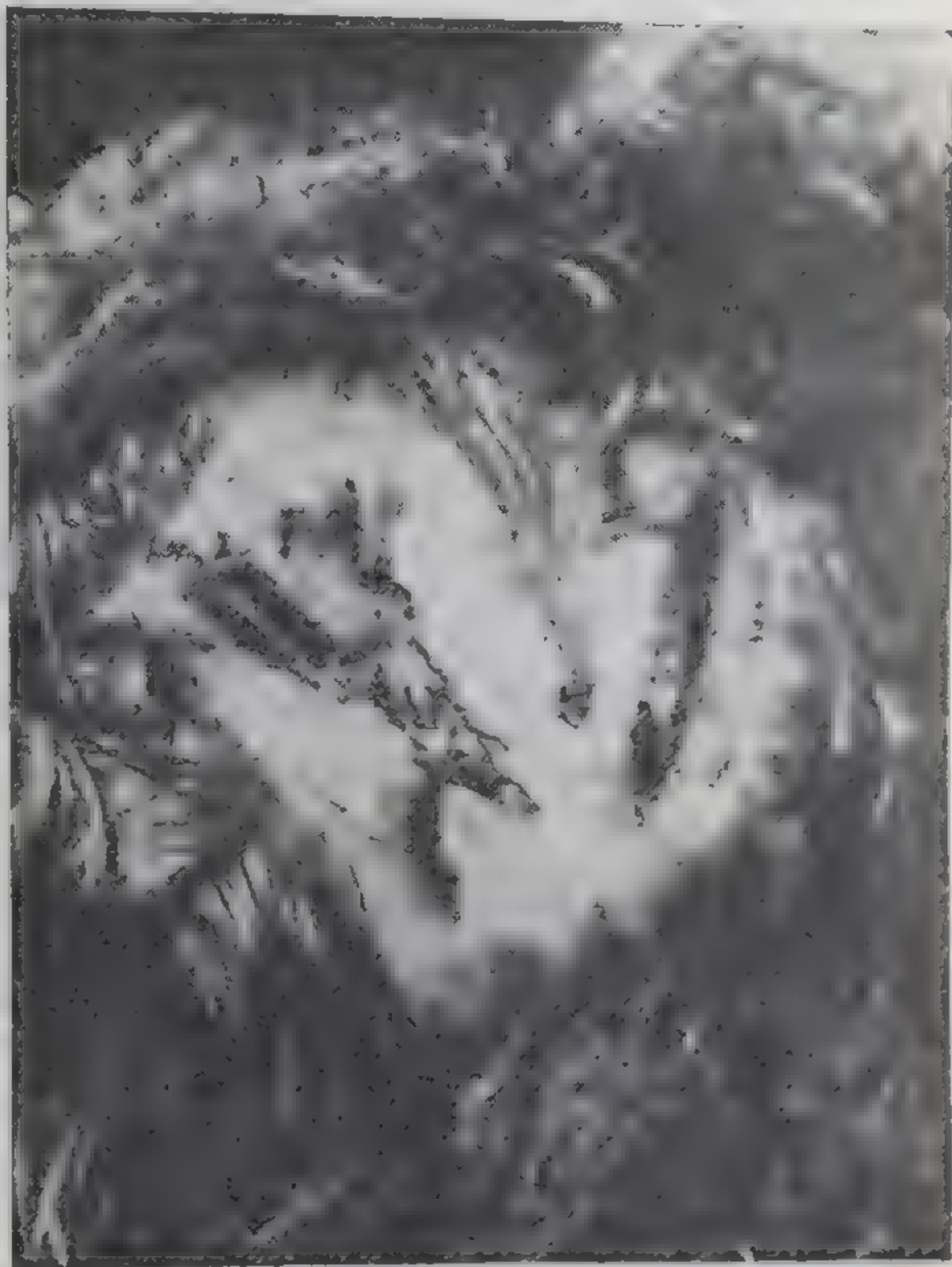
г) рвано-укушенные — соединяющие в себе признаки ран укушенных и рваных; наблюдаются при укусах крупными животными;

д) лоскутные — возникают обычно при действии тупого орудия

под углом к поверхности тела с последующей отслойкой кожи с подкожной клетчаткой или без нее от глубже лежащих тканей;

е) скальпированные — при отслойке кожи головы, разновидность лоскутных ран.

При действии тупого предмета на ткани наблюдаются иногда раны линейной формы, напоминающие раны, нанесенные острым орудием, например топором. Такие раны нередко возникают от ударов каким-нибудь нешироким предметом, например палкой по голове. Объясняется это тем, что соприкосновение орудия с тканями происходит по касательной. Раны линейной формы от ударов тупым предметом можно наблюдать и в тех местах, где под кожей близко расположена грань какой-нибудь кости, как это имеет место в области края глазницы или на передней по-



7. Ушибленные раны затылочной области (удары тупым предметом)

верхности голени. В этих местах кожа раздавливается по грани кости, чем объясняется ее линейная форма, симулирующая рану от острого орудия. Такая рана может ввести в заблуждение неопытного эксперта, дать основание для ошибочного заключения и даже судебной ошибки. Следует иметь также в виду, что разрывы кожи, очень похожие иногда на раны от тупых орудий, могут возникать при открытых переломах от действия отломков кости.

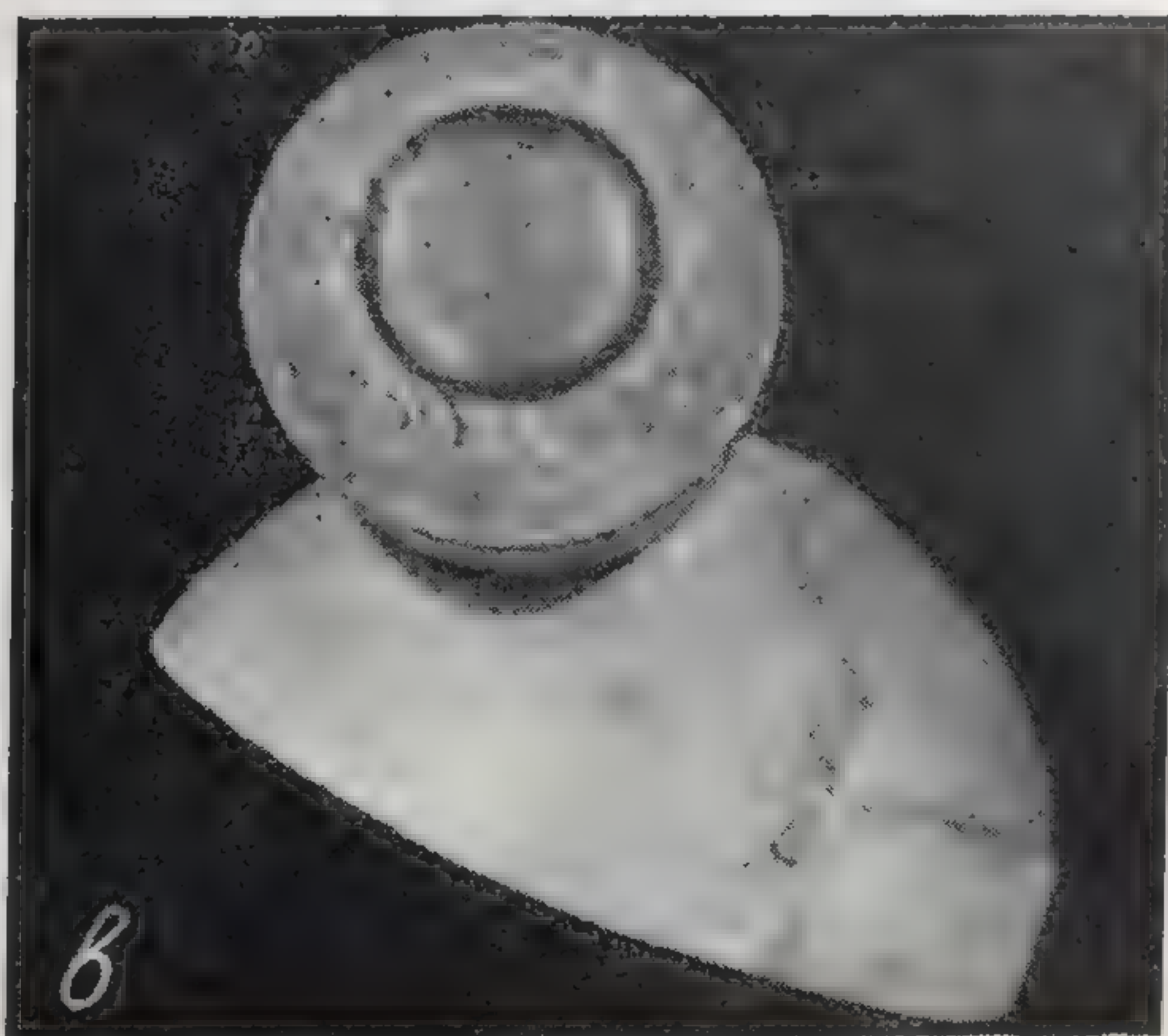
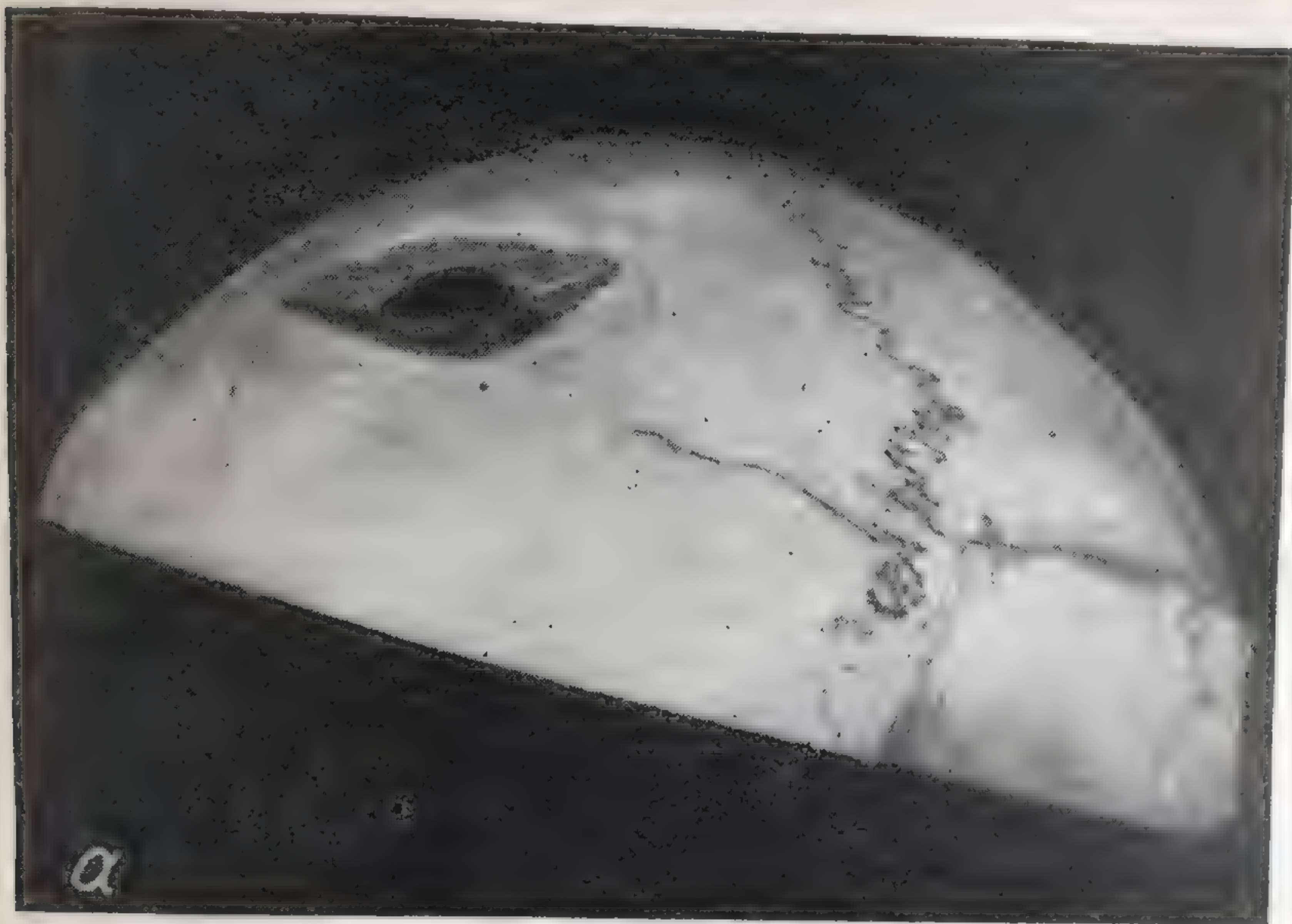
Переломы костей. При действии тупого предмета следует учитывать следующие моменты: тяжесть ударяющего предмета, силу удара (величину размаха), высоту падения, свойства поврежденной кости (плотность, величину), индивидуальные особенности пострадавшего (возраст, перенесенные заболевания, повышенную хрупкость костей). В зависимости от этих условий находится и степень повреждения кости. Последняя, то есть степень повреждения, прямо пропорциональна тяжести ударяющего предмета и силе удара (величине размаха) и может быть от поверхностных, неглубоких трещин до осколчатых переломов и раздроблении костей. Поэтому по повреждению костей можно сделать выводы о силе удара, тяжести орудия и других особенностях механизма возникновения повреждения. Это обычно и приходится делать судебномедицинскому эксперту (рис. 8 а, б, в).

Индивидуальные особенности потерпевшего также имеют существенное значение для характера перелома костей. У детей и подростков кости эластичны, но повреждаются от значительно меньших насилий, чем у взрослых. У стариков кости значительно легче повреждаются в силу повышенной хрупкости. У взрослого здорового человека такие кости, как кости таза, бедра, позвоночник, требуют для перелома силы обычно значительно большей, чем та, которой обладает человек.

У детей и стариков такие кости могут быть сломаны силой человека. Переломы других костей могут быть вызваны ударами тупых тяжелых предметов, а невооруженным человеком — ударами кулака, ноги, сдавливанием коленями.

При исследовании переломов костей и при решении вопроса о возможности их возникновения от руки человека эксперту необходимо обращать особое внимание на хрупкость и ломкость кости, а также и на ее повышенную плотность. При некоторых заболеваниях кости бывают значительно более хрупкими, чем у нормального здорового человека. Иногда при вскрытии трупа старика можно наблюдать, что, например, ребра легко ломаются пальцами или что кости черепа легко распиливаются. У таких лиц переломы костей могут легко возникать под влиянием относительно незначительных насилий.

Разрывы внутренних органов. Такие повреждения наблюдаются не только при сильных и резких воздействиях



8. Повреждения черепа гирей:

а) повреждения на черепе, б) гиря, в) сопоставление орудия и повреждения

тяжелых тупых предметов на поверхность человеческого тела, но иногда могут возникать и от сравнительно нерезких насильий, например ударов кулаком, ногой.

Не все органы подвержены разрывам в одинаковой степени. Необходимо отметить, что может существовать и известное предрасположение, благоприятствующее разрыву органа, например, болезненные изменения органов, а также состояние физиологического наполнения полых органов, особенно брюшной полости: желудка, кишечника, мочевого пузыря, матки.

Самопроизвольные разрывы органов не представляют исключительной редкости и наблюдаются в болезненно-измененных органах.

Разрывы легких наблюдаются при эмфиземе легких, при туберкулезе легких и сопровождаются поступлением воздуха в плевральную полость (пневмоторакс).

Разрывы сердца происходят при омертвлении сердечной мышцы вследствие закупорки сосудов сердца (инфаркт). Омертвевший участок сердечной мышцы подвергается размягчению и разрыву. Вследствие болезненных изменений стенок происходит разрыв и крупных сосудов (аорты).

Разрывы желудка наблюдаются при язве желудка, опухолях (прободение желудка). Известны случаи самопроизвольных разрывов желудка газами (углекислым газом) при усиленном газообразовании в желудке.

Разрывы кишечника возникают при брюшном тифе, туберкулезе кишечника.

Разрывы матки — при беременности (родах) и разрывы фаллопиевых труб — при внематочной беременности.

Разрывы мочевого пузыря наблюдаются при опухолях, при увеличении предстательной железы.

Разрывы селезенки известны при заболеваниях, сопровождающихся увеличением селезенки: малярии, особенно хронической, возвратном тифе, болезнях крови (лейкемии).

Разрывы печени наблюдались при паразитах (эхинокок), опухолях.

Разрывы почек наблюдались при опухолях (гипернефроме), при особом инфекционном заболевании (геморрагический нефрозонефрит).

Как можно видеть из этого перечисления, самопроизвольные разрывы внутренних органов встречаются, и это обстоятельство судебномедицинскому эксперту необходимо иметь в виду. Травматические разрывы внутренних органов от действия тупых предметов встречаются значительно чаще.

Среди внутренних органов, легко подвергающихся разрыву от ударов тупыми предметами, первое место занимают селезенка и печень. Особенно легко возникают разрывы болезненно изме-

ненной селезенки, бывают случаи разрыва и неизменной селезенки. Разрывы печени, тяжелого массивного органа, могут быть в виде поверхностных трещин капсулы, более или менее глубоких разрывов и полных разрывов органа или отрывов его частей. Встречаются также разрывы внутрипеченочные, подкапсульные. Почки значительно реже селезенки и печени подвергаются травматическим разрывам в силу того, что их расположение и защищенность окружающими тканями предохраняют от внешних насилий. Разрывы почек также могут возникать под воздействием силы человека, например удара кулаком, ногой.

Разрывы полых органов — желудка, кишечника, мочевого пузыря могут возникать от ударов тупым предметом, особенно если эти органы находятся в состоянии физиологического наполнения. Разрывы таких органов, как печень, селезенка, почки, дают опасные, часто смертельные кровотечения. Разрывы полых органов — желудка, кишок, мочевого пузыря приводят обычно к воспалению брюшины и смерти.

Органы грудной полости, сердце и легкие в силу большей защищенности реже подвергаются изолированным разрывам. Последние наблюдаются только при воздействии значительной силы, от ударов или сдавления тяжелыми движущимися машинами или их частями, но отнюдь не руками человека.

Размятие (размозжение) и отделение частей тела. Размятие внутренних органов и отдельных частей человеческого тела наблюдается обычно при воздействии значительной силы, сдавления тяжелыми предметами и чаще всего встречается при производственной или транспортной травме, но может встретиться и при воздействии непосредственно силы человека. Например, наблюдаются размятия печени от ударов ногами, сдавления коленями, размятие селезенки, размозжение костей черепа и вещества мозга от ударов тяжелыми предметами, например обухом топора. Размозжение органов, важных для жизни, сопровождается, конечно, быстрым наступлением смерти.

Отделение частей тела тупыми орудиями бывает исключительно в виде транспортной или производственной травмы на различных производствах, когда человек попадает в движущиеся части машины или под движущуюся машину, а также при падении с большой высоты.

Повреждение от ударов о тупые предметы при падении. Такие повреждения наблюдаются обычно при падении с высоты и возникают от ударов человеческого тела о твердые тупые предметы. Существенное значение при этом имеют высота, с которой происходит падение, характер грунта и площадь соприкосновения тела с поверхностью грунта. С увеличением высоты падения увеличивается обширность и тяжесть повреждений. Однако

известны отдельные случаи падения со значительной высоты без каких-либо серьезных расстройств здоровья.

Примеры:

1) Больной в бредовом состоянии выбросился из окна третьего этажа больницы в сад, бросился бежать, с большим трудом был задержан в саду и водворен в палату. При падении он не получил никаких повреждений.

2) Маляр, работавший в специальной люльке на высоте четвертого этажа, вследствие обрыва троса люльки упал вместе с ней на мостовую. При падении на короткое время потерял сознание, но вскоре пришел в себя. Был доставлен в больницу, откуда через несколько дней выписан в хорошем состоянии.

Однако такие тяжелые и даже смертельные повреждения, как трещины черепа, ушибы мозга, кровоизлияния в полость черепа, разрывы внутренних органов, переломы костей, могут возникать и при падении на землю во время бега, ходьбы, катанья на коньках.

Повреждения, возникающие при падении с высоты, могут иметь характерные особенности, позволяющие определить механизм их возникновения. К характерным особенностям повреждений при падении с высоты относится несоответствие между наружными повреждениями и повреждениями внутренних органов. Наружные повреждения обычно бывают незначительными и ограничиваются нередко отдельными ссадинами и кровоподтеками, в то время как при вскрытии трупа обнаруживаются разрывы печени, селезенки, переломы позвоночника, бедер, костей таза. Характерна для падения с высоты симметричная локализация повреждений на одинаковых поверхностях и участках тела.

Пример: Душевнобольная женщина выбросилась из слухового окна чердачного помещения пятиэтажного дома и упала на асфальтированную мостовую двора. Смерть наступила на месте падения.

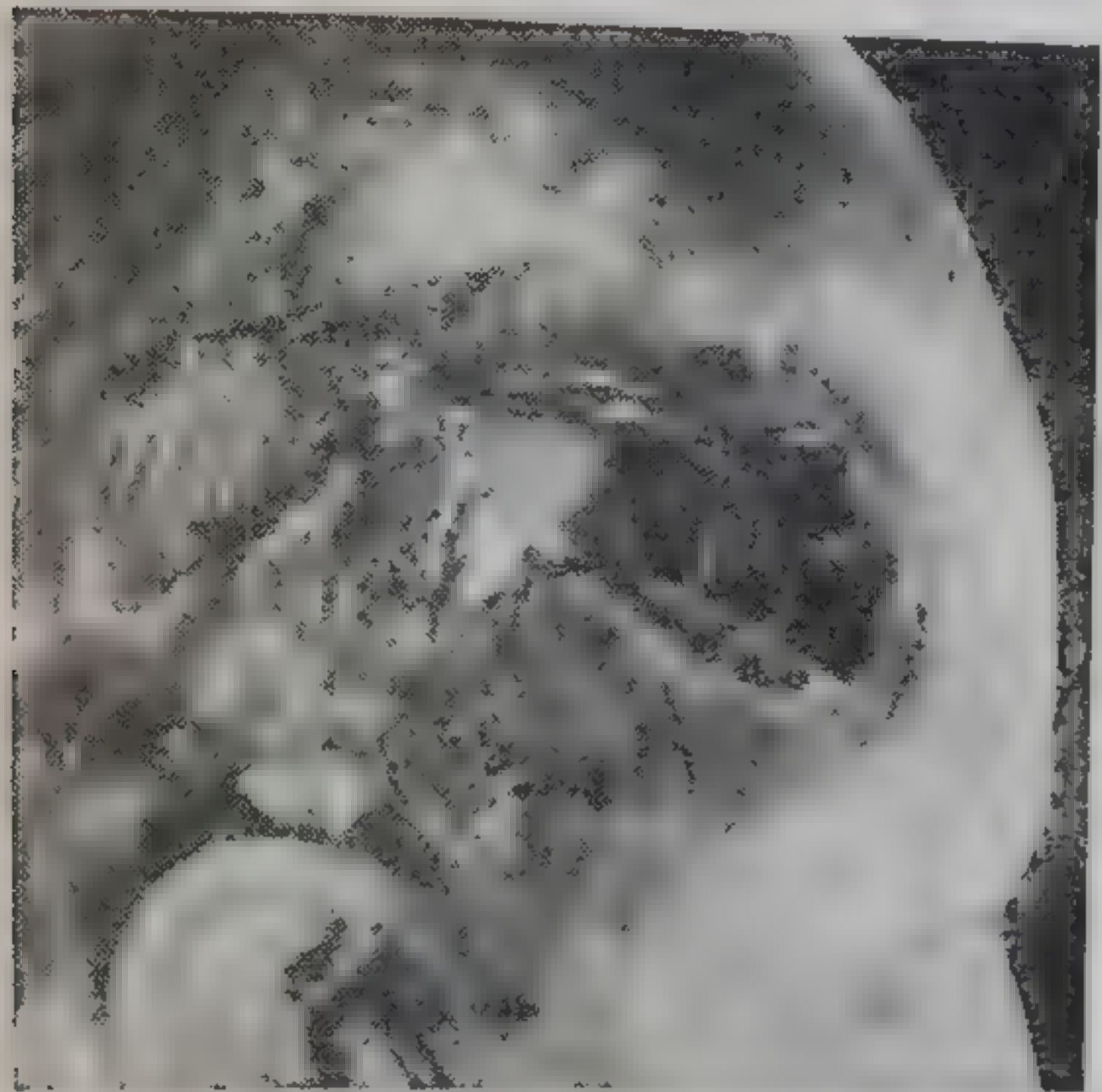
При вскрытии ее трупа были обнаружены следующие повреждения: ссадины на обеих ладонях, открытые переломы костей обоих предплечий над лучезапястными суставами, обширные ссадины на передней поверхности обоих коленных суставов, переломы обоих бедер в нижней трети. Кроме того, обнаружены и повреждения внутренних органов. Расположение повреждений на верхних и нижних конечностях указывало на то, что они получены при падении, и, кроме того, на то, что падение произошло одновременно на ладони и колени. Иной механизм возникновения этих повреждений представить себе и невозможно.

Другой характерной особенностью повреждений, возникающих при падении с высоты, является расположение их на одной стороне (поверхности) тела, если, конечно, исключается возможность ударов о выступающие на пути падения предметы или последовательного падения с одной поверхности на другую, как это может быть, например, в горах. Поэтому чрезвычайно важно обращать внимание на локализацию повреждений. При расположении повреждений на противоположных поверхностях тела

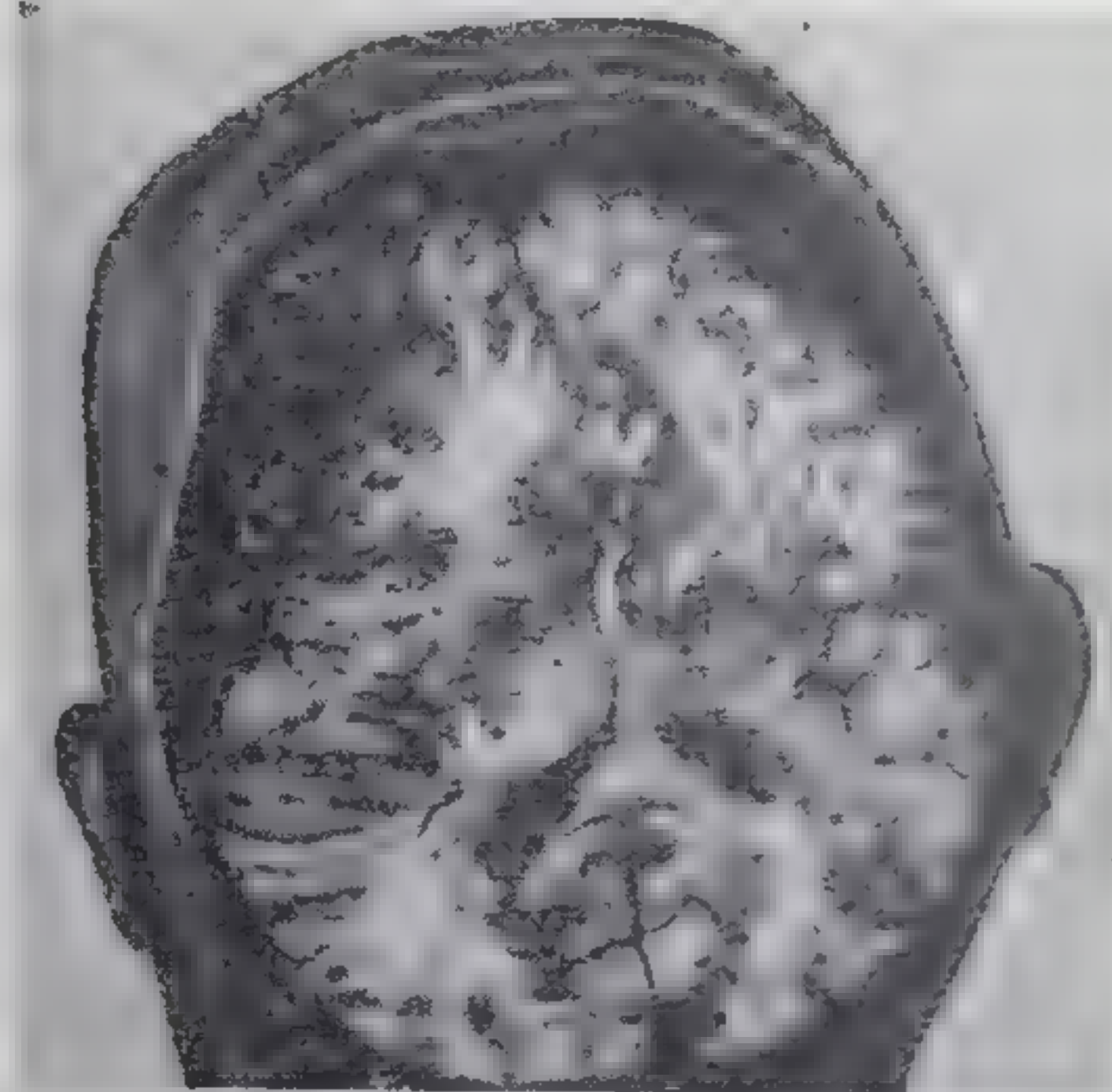
необходимо объяснить возможность их возникновения (рис. 9, 10).

К характерным для падения с высоты повреждениям относятся, например, вколачивание позвоночника в череп при падении на ягодицы.

При осмотре трупов лиц, упавших с высоты, или там, где это падение подозревается, необходимо установить характер, происхождение повреждений и исключить возможность нанесения



9. Множественные ушибленные раны головы и переломы костей черепа. Симуляция падения с высоты. Убийство



10. Кровоизлияние в полость черепа и сдавление мозга. Удар головой при падении

отдельных повреждений какими-либо другими орудиями: тупыми, колющими, рубящими.

Падение с высоты наблюдается преимущественно как несчастная случайность, что происходит с детьми, оставляемыми без присмотра, с людьми, случайно в темноте падающими с высоты вследствие потери ориентировки, пьяными, выпадающими из окон домов, в пролеты лестничной клетки и т. д. Встречаются самоубийства посредством выбрасывания из окон, прыжков с высоких зданий или горных уступов.

Известны и убийства посредством выбрасывания жертвы из окон домов, с высоких зданий, балконов, крыш. В одних случаях человека неожиданно сталкивают с высоты, в других — выбрасывают труп или человека, находящегося в бессознательном, беспомощном состоянии, например в состоянии опьянения. Поэтому при исследовании трупов таких лиц нужно самым тщательным образом осматривать местонахождение трупа на месте происшествия, выяснить механизм и возможность падения, осмотреть не только то место, где лежит труп, но и место, откуда

человек упал или мог упасть, а также выступающие предметы, расположенные на пути падения тела.

При исследовании трупов, помимо тщательного осмотра повреждений, не следует упускать из виду возможности предварительного отравления жертвы и в необходимых случаях произвести судебнохимическое исследование внутренних органов трупа.

Особого внимания заслуживают расследование и судебно-медицинская оценка случаев смерти в горах. И здесь смертельный исход может быть связан также с падением с высоты. Там, где имеет место гибель спортсменов, туристов, требуется пригласить для консультации, помимо судебно-медицинского эксперта, и специалиста, знающего горный спорт, условия восхождения на горы. В подобных случаях необходим тщательный осмотр места обнаружения трупа, места, где мог стоять и откуда упал покойный. Иногда необходимо провести следственный эксперимент с макетом тела человека.

§ 20. Транспортная травма и судебно-медицинская экспертиза при транспортных происшествиях

В капиталистических странах количество жертв от различных видов транспорта, особенно автомобиля, достигает в настоящее время огромных цифр, как об этом можно судить по статистическим данным. В США в 1957 году погибло 35,5 тысячи человек и получило ранения свыше миллиона человек. В Италии смертельных транспортных травм было: в 1954 году — 5281; 1955 году — 5746; 1956 году — около 7000 человек. Подобные цифры жертв транспорта можно привести и по другим странам. Из года в год там растет число жертв среди мотоциклистов, «пожирателей километров».

В СССР работа государственной автомобильной инспекции и отделов регулирования уличного движения, строгие требования к соблюдению правил уличного движения и к водителям автомашин привели к значительному снижению уличного травматизма.

Транспортные катастрофы, сопровождающиеся гибелью людей и транспорта, как и отдельные случаи смертельных повреждений, требуют тщательного расследования, выявления причин, обстоятельств и виновников происшествия.

Судебно-медицинская экспертиза имеет важное значение при расследовании и выяснении деталей транспортных происшествий и разрешении различных вопросов, возникающих при этом. Как характер происшествий, так и травмы, связанные с различными видами транспорта, имеют свои особенности. Для правильной ориентировки необходимо достаточно хорошо знать

характерные особенности отдельных транспортных происшествий.

В зависимости от вида транспорта различают автомобильные, железнодорожные и авиатранспортные травмы.

Автомобильная травма. При расследовании автомобильных происшествий судебномедицинской экспертизе необходимо действовать по определенному плану, который эксперту и следователю рекомендуется разрабатывать для себя в каждом отдельном случае.

Восстановление характера происшествия. В одних случаях автомобильная травма может произойти в присутствии свидетелей, которые могут дать сведения и показания относительно того, что произошло. В других случаях характер происшедшего можно установить лишь после тщательного осмотра, обсуждения, сопоставления всего обнаруженного.

В каждом случае необходимо начинать расследование с осмотра места происшествия. Эксперт должен обязательно осматривать место происшествия для того, чтобы в дальнейшем иметь правильное представление о происшедшем. Показания свидетелей относительно происшествия и деталей его могут иметь относительную ценность по той причине, что эти происшествия обычно протекают в кинематографических темпах и свидетели могут запечатлеть в памяти лишь отдельные фазы события, по-разному их воспринять и оценить. С другой стороны, мы можем встретиться с заведомо ложными показаниями заинтересованных лиц. Поэтому свидетельские показания нужно всегда подкреплять объективными данными. Показания потерпевшего также имеют весьма относительную ценность, потому что часто он не может сообразить того, что с ним произошло. Кроме того, после происшествия потерпевший может забыть все то, что ему предшествовало, и самый момент происшествия при так называемой ретроградной амнезии, которая наблюдается также и у водителей.

Если машина задержана, то необходимо на месте происшествия осмотреть и ее. При осмотре машины могут быть обнаружены повреждения на ней, следы столкновения с жертвой, кровь, частички одежды, волосы и ряд других особенностей, по которым можно судить, например, о положении жертвы в момент столкновения и сделать другие выводы.

Пример: Велосипедист, проезжавший по улице, был сшиблен грузовой автомашиной и скончался на месте происшествия.

Водитель автомашины отрицал наезд и утверждал, что велосипедист по собственной неосторожности попал под заднее колесо автомашины. Повреждения, обнаруженные у велосипедиста, исключали возникновение их от пере-

езда автомашиной. Исследование повреждений велосипеда и сопоставление их с частями автомашины позволили установить характер происшествия.

На рис. 11 показано сопоставление частей автомашины с поврежденным ею мотоциклом.

За этим следует перейти к осмотру трупа: осмотреть и отметить его положение по отношению к окружающим предметам, расположение его членов, обратить внимание на отпечатки баллонов на одежде, следы от автомобиля. Если требуется опознать труп, то надо прибегать к обычным правилам опознания, имея в виду возможные ошибки в случае повреждений лица



11. Сопоставление повреждения мотоцикла с частями автомашины

и головы, которые могут сделать труп совершенно неузнаваемым.

После предварительных общих данных следует перейти к осмотру одежды и обуви. Большое значение придают тем повреждениям, которые обнаруживаются на обуви в виде следов от скольжения. По этим следам можно представить себе положение жертвы в момент столкновения и направление скольжения ее по земле. Что касается одежды, то следует внимательно осмотреть и зафиксировать повреждения на одежде, посторонние загрязнения земель, краской от автомашины, кровью и другими веществами, обратить внимание на присутствие отпечатков от частей машины, в частности от баллонов (рис. 12, 13).

Все обнаруженные повреждения должны быть описаны, измерены, при этом надо обратить особое внимание на расстояние

этих повреждений от каблуков, ибо на основании точного измерения можно затем установить, какой частью машины были нанесены эти повреждения одежде. Труп следует раздеть, если это позволяет обстановка. Понятно, что на городской улице этого сделать нельзя, и труп придется перевезти для осмотра в морг. Если возникает вопрос о давности наступления смерти, то нужно отметить трупные явления, затем перейти к осмотру повреждений.



12. Отпечаток баллона автомашины на одежде



13. След протектора автомобильного баллона на сапоге

Иногда мы встречаемся с тем, что при автомобильной травме никаких повреждений на поверхности тела не остается. Однако повреждения внутренних органов при этом бывают чрезвычайно обширными. Поэтому нужно принять за правило: при осмотре трупа на месте происшествия обязательно ощупывать волосистую часть головы, кости лица, грудную клетку, таз и кости конечностей, которые при транспортной травме могут быть сломаны без поверхностных повреждений (в области перелома). При обнаружении повреждений нужно описать их характер, посторонние загрязнения (земля, масло, другие вещества в ранах), описать их форму и локализацию, обращая опять-таки внимание на расстояние отдельных повреждений от

поверхности земли, то есть каблуков погибшего. Следует также измерять рост потерпевшего для того, чтобы иметь возможность в случае необходимости восстановить положение, в котором находился потерпевший в момент столкновения.

В судебно-медицинской практике бывают случаи обнаружения трупов на дороге, когда причина смерти вначале бывает неизвестна. Значительная часть из них является трупами жертв



14. Отпечаток радиатора на коже лица

автомобиля. В этих случаях все то, что было указано выше в отношении осмотра места происшествия, самого трупа и его одежды, имеет чрезвычайно существенное значение. Особенно надо отметить диагностическое значение при отсутствии каких-либо повреждений кровотечения из ушей, носа и рта, которые могут являться результатом перелома костей оснований черепа. При осмотре повреждений на таких трупах нужно составлять себе представление о механизме их возникновения. При столкновении автомобиля с жертвой может произойти отбрасывание ее в сторону. При этом повреждения будут возникать: 1) от удара автомобилем и сотрясения, вызванного этим ударом, 2) от ударов о твердые предметы при падении.

Повреждения могут возникать и возникают в случаях, когда автомобиль сшиб и переехал жертву: 1) от удара автомобилем, 2) от сдавления частями автомобиля при переезде через жертву и 3) от протаскивания, волочения жертвы по поверхности земли. Следовательно, механизм возникновения повреждений может быть весьма разнообразен.

Повреждения при автомобильной травме можно разделить на три группы: а) повреждения, характерные для автомобиль-

ной травмы, б) повреждения, не представляющие ничего характерного для автомобильной травмы, и в) повреждения, симули-



15. Отпечаток баллона автомашины на коже ноги

рующие другие виды повреждений (от острых, рубящих орудий и т. д.).



16. Следы баллона автомашины на плече

К характерным для автомобильной травмы повреждениям (рис. 14—24) относятся прежде всего отпечатки на поверхности

тела различных частей автомобиля, например радиатора, баллонов. В последнее время в связи с изменением конструкции автомашин повреждения от радиаторов встречаются редко. Конечно, такие отпечатки могут оставаться и на одежде, но они весьма рельефно бывают видны и на коже. Далее, к характерным повреждениям следует отнести отпечатки частей



17. Повреждение на коже при наезде экскаватора

одежды, сохраняющие характерный рисунок ткани на коже. К довольно характерным для автомобильной травмы повреждениям относятся сдавления отдельных частей тела, сопровождающиеся уплощением конфигурации этих частей вследствие перелома костей. Например, при переезде баллона тяжелой автомашины через голову происходит сплющивание головы, нередко при сохранении целостности кожи. То же самое наблюдается и по отношению к грудной клетке, а также области таза.

К нехарактерным относятся повреждения, которые могут возникать не только от автомобиля, но и от ударов различными тупыми предметами. К ним относятся ссадины, за исключением ссадин от

волочения, которые имеют вид множественных параллельно расположенных полос, кровоподтеки, ушибленные раны, переломы и разрывы внутренних органов, то есть такие повреждения, которые могут возникнуть от самых разнообразных внешних насилий.

Весьма важной является третья группа повреждений, которые могут симулировать повреждения от других орудий, например колющих, режущих. Такие повреждения могут возникать иногда от ударов выступающими частями машины, например запорами бортов, и давать раны, напоминающие на первый взгляд колотые или резаные. В других случаях, где в связи с давлением происходят переломы костей, отломки костей, раз-

рывающая кожу, могут образовывать повреждения, напоминающие колотые или рубленые раны.

При исследовании трупов жертв автомобильной катастрофы или автомобильного происшествия обязательно должны быть осмотрены глаза, уши (барабанные перепонки), так как в дальнейшем может возникнуть вопрос о том, что жертва была слепой или глухой.

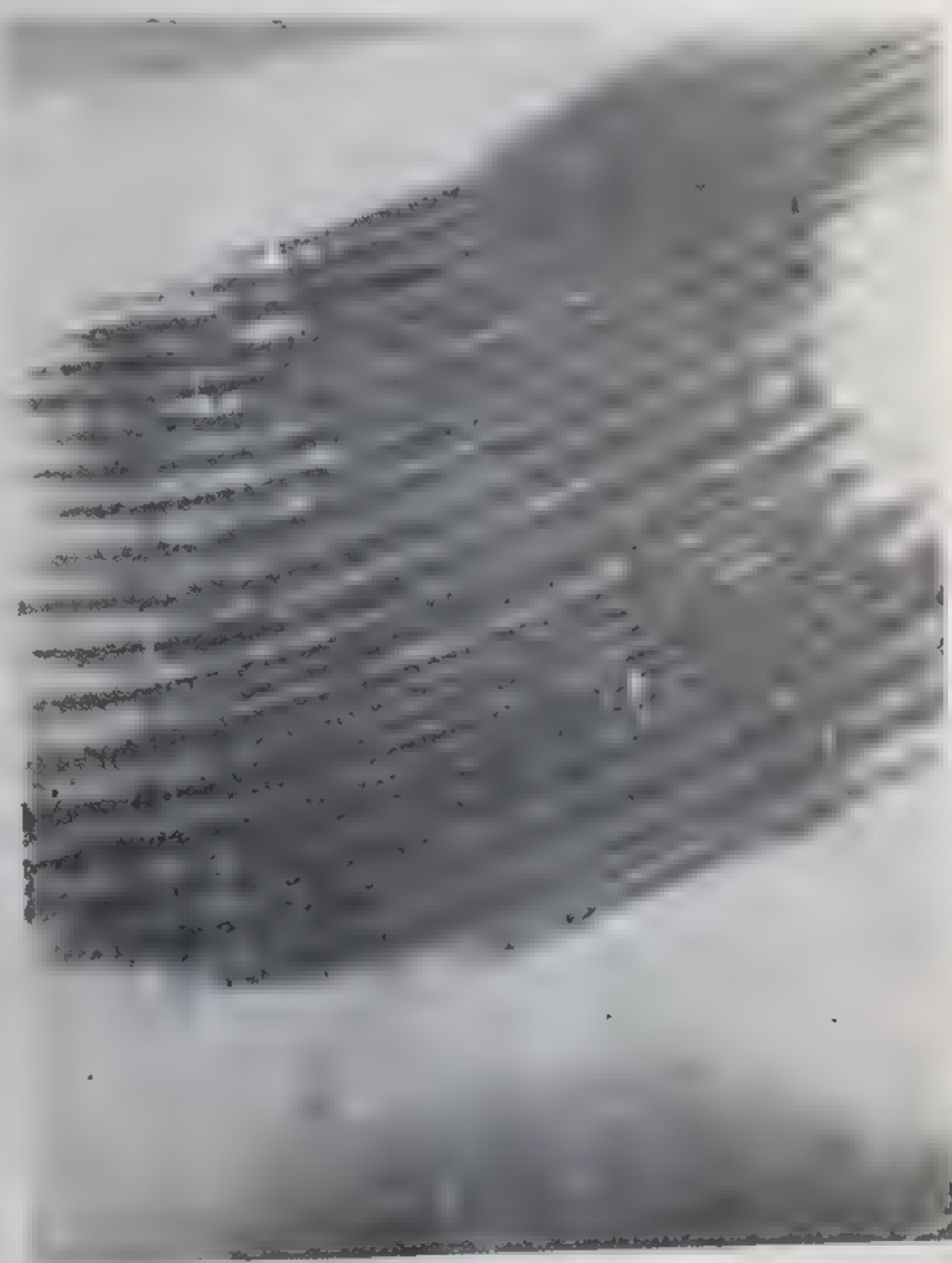
При дифференциальной диагностике следует обращать внимание также на односторонность расположения повреждений, что также является характерным для транспортной травмы. Конечно, во всех случаях приходится решать вопрос о прижизненном или посмертном происхождении повреждений.

Вещественные доказательства при автотранспортных происшествиях имеют большое значение.

На местности могут быть обнаружены, как было указано, кусочки краски, стекла, части автомашины. Относительно следов крови нужно иметь в виду, что на солнце или под влиянием

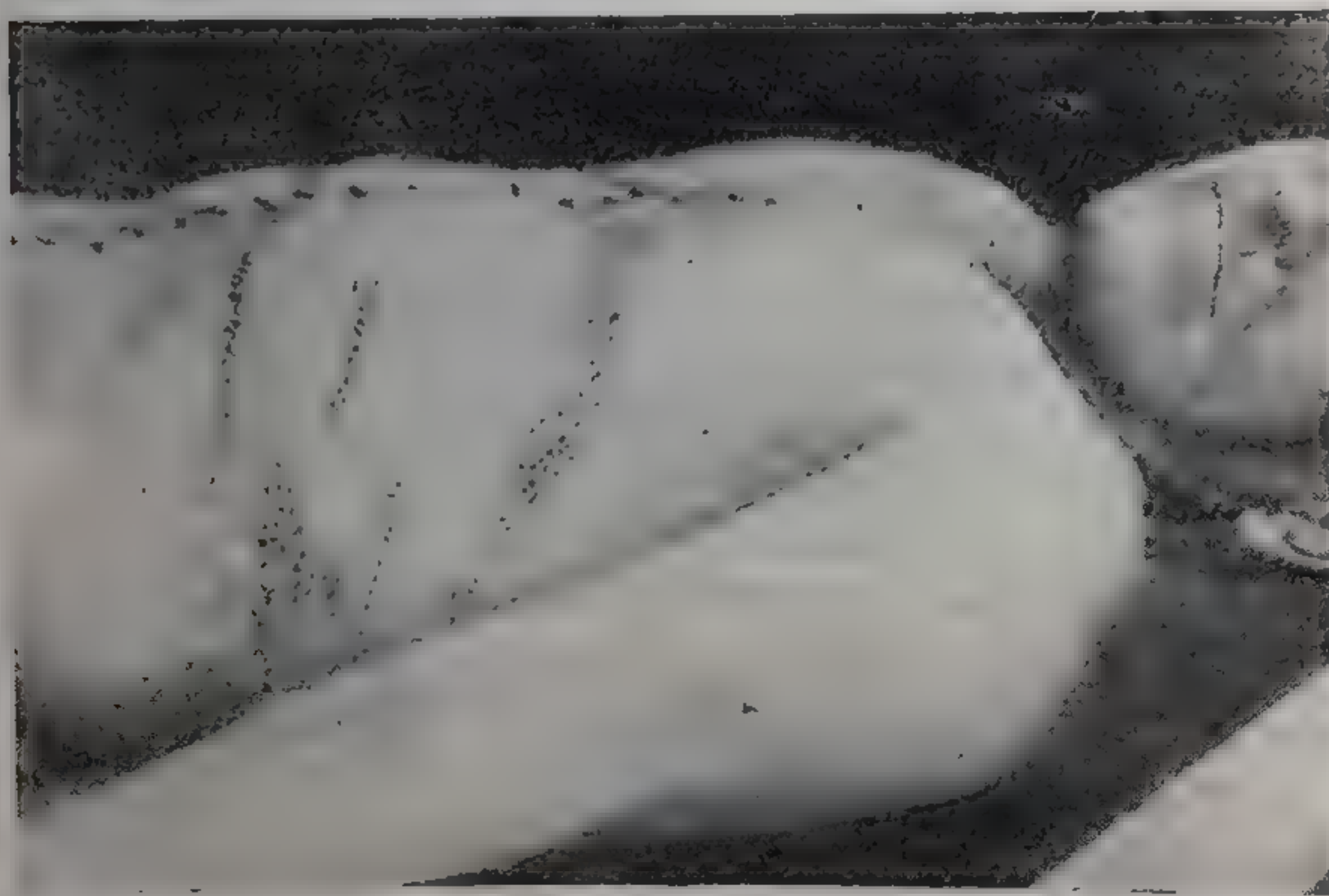
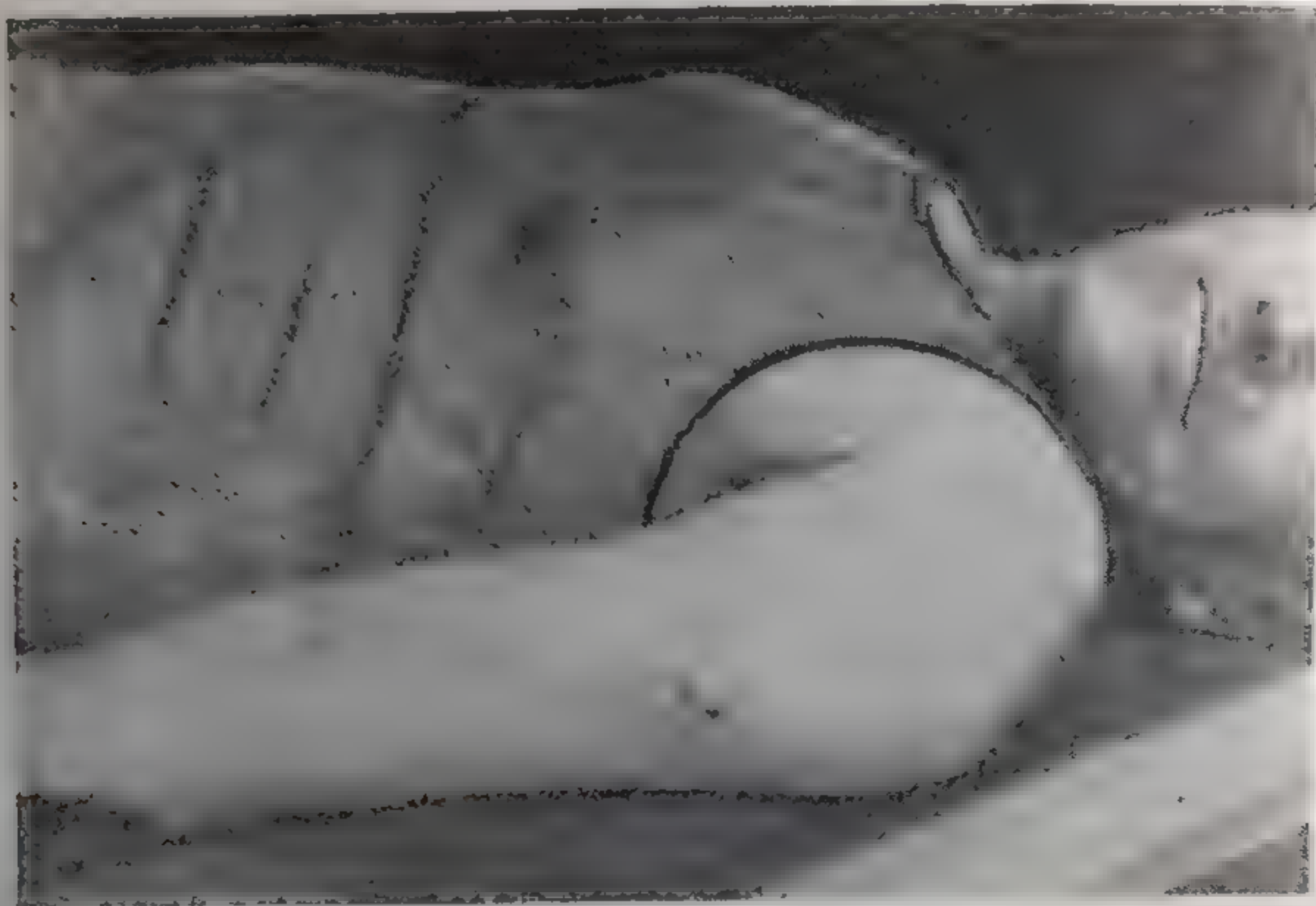
других внешних воздействий кровь быстро меняет свой первоначальный цвет, становится бурой, коричневой, серо-коричневой, и поэтому все объекты с такой подозрительной окраской должны подвергаться дальнейшему исследованию. Не всегда обнаруженная на автомашине кровь оказывается кровью человека. Так, в одном случае автотранспортного происшествия разыскивалась автомашина, которая сшибла человека. При осмотре одной из машин в гараже на ней были обнаружены следы крови и кусок кишки. Шофер категорически отрицал, что он раздавил человека. Исследование следов крови и кишки в лаборатории показало, что все это принадлежит собаке.

Одежда при автотранспортной травме сама по себе является уже вещественным доказательством. Поэтому надо принимать меры к тому, чтобы одежда пострадавших в результате автокатастрофы, если это возможно, сохранялась некоторое время,



18. Отпечаток чулка на коже голени.
Автотравма

необходимое для ее исследования, ибо существенное значение для расследования имеют локализация повреждений одежды и их характер. На одежде также могут оставаться различные следы, например краска от автомашины или загрязненная



19. Отпечаток петельной сетки на коже груди

почвой, что бывает особенно важно в тех случаях, когда речь идет о перевозке жертвы и выбрасывании ее в другом месте. И, наконец, характер повреждений на одежде и на самом трупe нередко дает указание на те части машины, которыми могли быть нанесены эти повреждения. Отпечатки ткани одежды можно обнаружить иногда на баллоне автомашины.

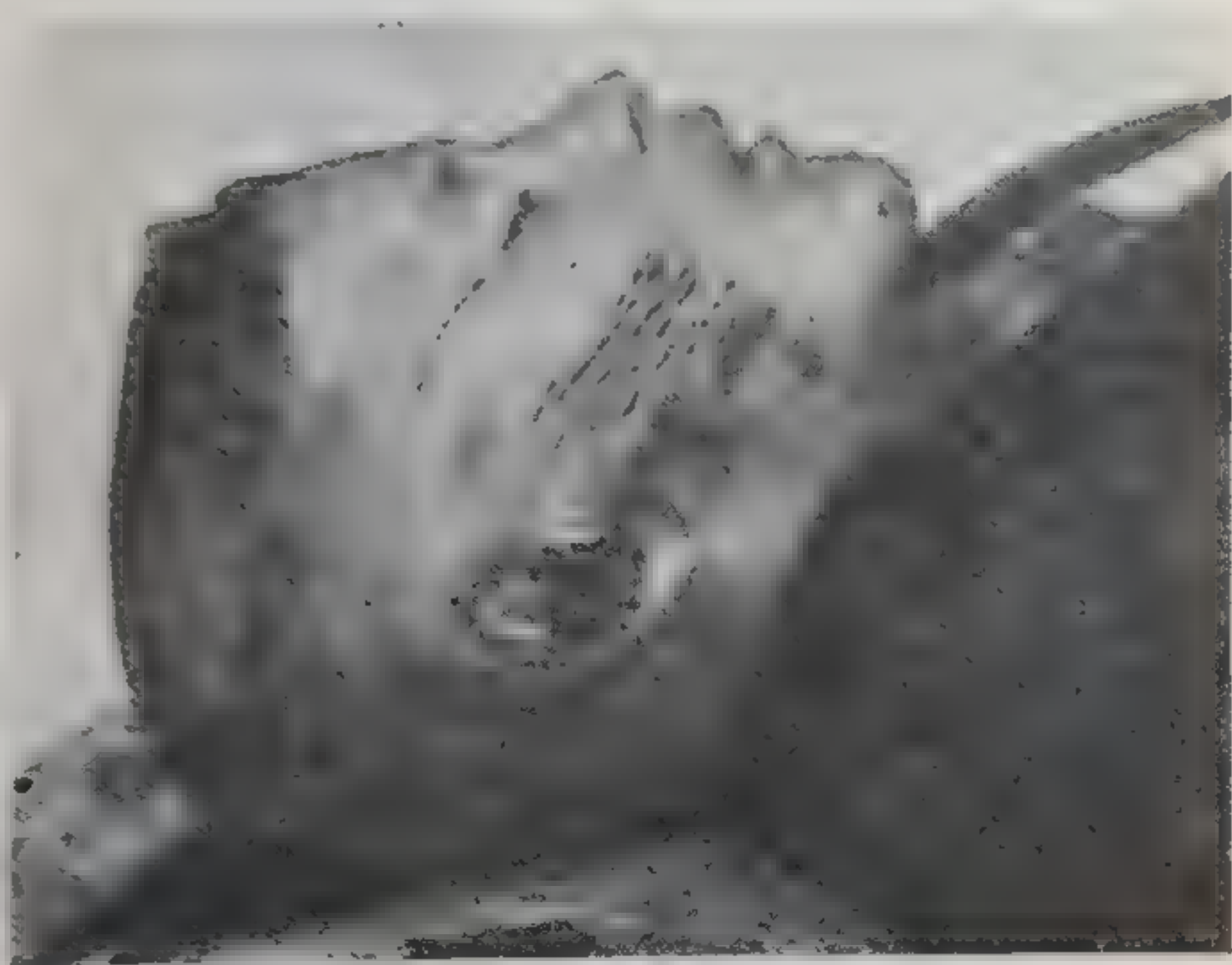
Освидетельствование потерпевших и водителей. В тех случаях, когда приходится освидетельствовать оставшихся в живых потерпевших и самого водителя, бывает необходимо разрешать ряд вопросов, которые ставит следствие перед судебно-медицинским экспертом. При исследовании потерпевших речь идет прежде всего об определении тяжести повреждения. Нередко, кроме того, приходится определять состояние здоровья потерпевшего: не страдает ли он какими-либо физическими недостатками или психическими расстройствами, мешающими ему заметить приближение машины. Имеет значение и выяснение вопроса об эпилепсии у потерпевшего.

Что касается водителя, то у него при освидетельствовании речь может идти также о состоянии здоровья, пригодности к вождению машины, выявлении физических недостатков, мешающих водить машину, и возможности психических расстройств, в частности эпилепсии, припадки которой могут быть настолько кратковременными, что он может о них не знать.

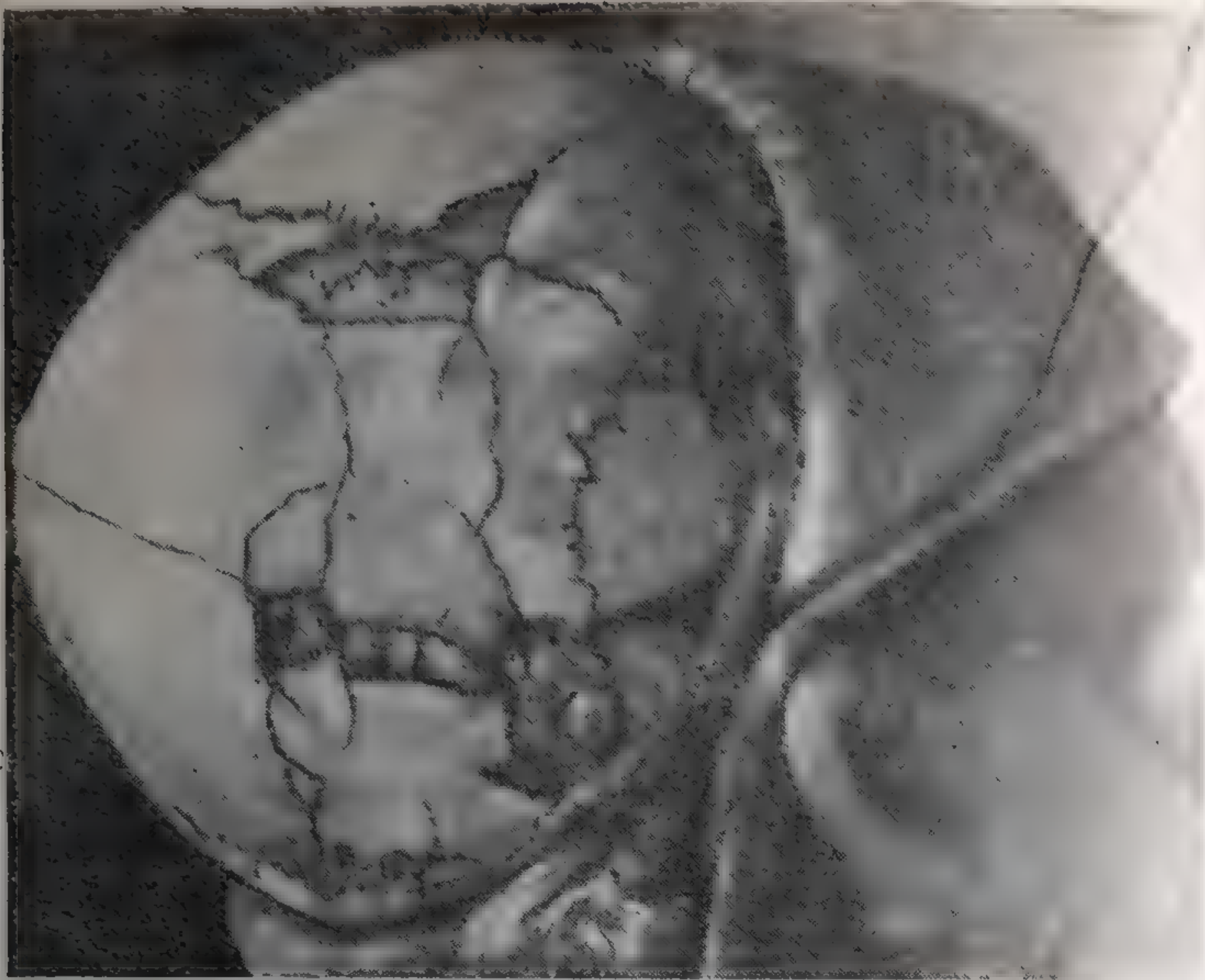
Чрезвычайно важно иметь в виду возможность утомления водителя, когда ему приходится проводить за рулем много часов. Кроме того, и у жертвы, и у водителя приходится устанавливать и определять алкогольное опьянение.



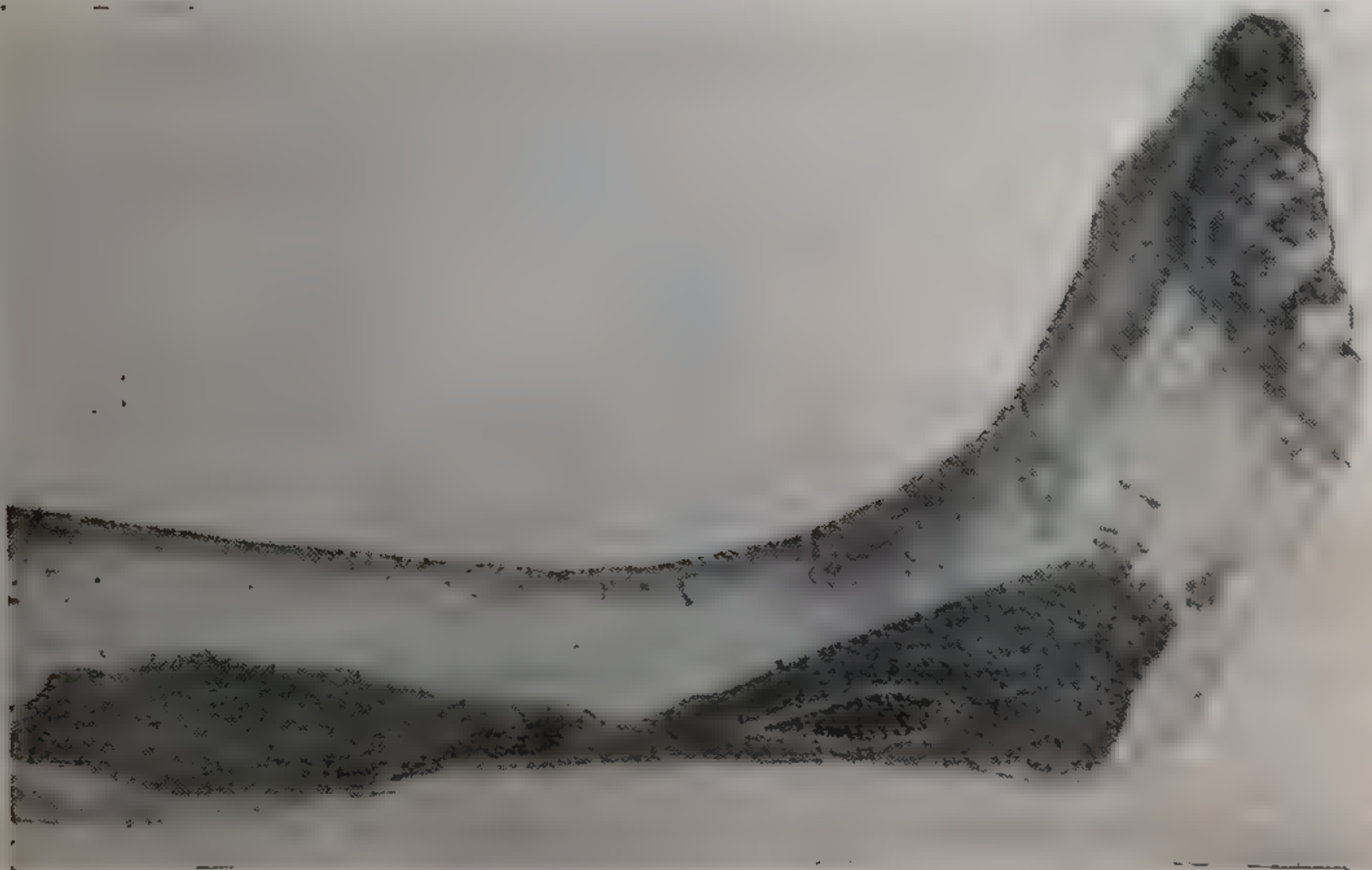
20. Отпечаток на коже шеи вельветовой курточки. Автотравма



21. Следы волочения. Автотравма



22. Сдавление головы колесом автомашины. Множественные переломы костей черепа



23. Спиливание мягких тканей и кожи при волочении тела автомашиной (Кантер)

Значение алкоголя в транспортных происшествиях, как показывают соответствующие наблюдения и статистические данные, чрезвычайно велико. И водители чаще всего наезжают на пешеходов и вызывают катастрофы в состоянии алкогольного опьянения, и жертвы очень часто оказываются в состоянии алкогольного опьянения. Поэтому постоянным при судебно-медицинской экспертизе транспортной травмы является вопрос о наличии \ алкогольного опьянения у водителя и его жертвы.

При освидетельствовании шофера для определения опьянения нужно иметь в виду следующее: для того, чтобы сказать, что шофер действительно пьян, нужно, чтобы картина опьянения была четко и рельефно выражена. Нельзя решать вопрос по одному запаху алкоголя изо рта, ибо запах алкоголя изо рта сам по себе еще ничего не говорит, он может быть даже в тех случаях, когда человек съел несколько ромовых конфет, или после приема незначительного количества алкоголя. Запах изо рта имеет значение только в связи с другими признаками — расстройством речи, координацией движений, реакцией зрачков и т. п. При исследовании трупов, жертв автомобильной катастрофы, необходимо, кроме установления запаха алкоголя из вскрытых полостей, производить еще судебно-химическое исследование внутренних органов, требуя не только качественного, но и количественного определения алкоголя.

В заключение необходимо остановиться на происхождении автотранспортной травмы с судебно-медицинской точки зрения. В подавляющем большинстве автотранспортная травма представляет собой несчастную случайность, где авария и ее жертвы являются результатом случайного стечения обстоятельств. Причиной возникновения автомобильного происшествия является и неосторожность опытных или неумелость неподготовленных



24. Отпечаток тканей одежды на баллоне

водителей, случайно взявших в руки руль. Кроме того, происшествие может явиться результатом хулиганства или лихачества, излишнего озорства, когда водитель машины «срезает углы», обгоняет другие машины, нарушает правила вождения. Возможны, конечно, и преднамеренная катастрофа и своего рода убийство посредством автомобиля.

Самоубийство посредством падения под автомобиль также встречается. Конечно, на основании судебно-медицинских данных трудно бывает подтвердить или отрицать возможность самоубийства. Возможна также симуляция несчастного случая, то есть ложное представление несчастного случая, которая получила большое распространение в капиталистических странах для получения вознаграждения за увечье от владельца автомашины. Наконец, известны случаи убийства автомашиной с последующей перевозкой сшибленной жертвы и выбрасыванием ее в уединенном месте.

С автомобильным транспортом могут быть связаны и некоторые особые виды происшествия, например пожары, взрывы автомашин. В таких случаях приходится осматривать обугленные трупы и решать вопрос относительно не только прижизненных повреждений, но и о возможности сгорания жертвы в автомашине, что может быть доказано присутствием окиси углерода в крови. Иногда встречается падение автомашин, в том числе и многоместных (автобусов), вместе с пассажирами в водоемы. Понятно, что здесь приходится устанавливать, помимо повреждений, еще и смерть от утопления.

Особо следует остановиться на случаях смерти в автомобиле. Причины и обстановка смерти в автомашине могут быть различные. Могут встретиться случаи скоропостижной смерти в автомашине как водителей, так и отдельных пассажиров, где причины смерти могут быть установлены лишь при вскрытии трупа. Неожиданная смерть в автомашине может зависеть также от отравления окисью углерода вследствие поступления выхлопных газов в кузов или в кабину машины. В этих случаях, помимо вскрытия трупа и исследования крови, требуется провести технический осмотр машины и выяснить те неисправности, которые повели к проникновению выхлопных газов в автомашину. Автомобиль может быть и местом самоубийства, причем иногда при такой смерти, особенно при наличии каких-либо повреждений, может пасть подозрение на водителя в убийстве пассажира.

Наконец, мы встречаемся и со случаями убийства в автомобиле и тогда, когда водитель убивает пассажира или специально жертва заманивается для поездки на автомашине с целью убийства и ограбления, и тогда, когда с целью ограбления и угона машины убивают самого водителя.

В заключение необходимо сказать о смерти в гаражах, особенно небольших, где при работающем моторе автомашины возможны накопление окиси углерода и отравление ею находящихся в гараже. Такая «гаражная смерть» описана и известна. Кроме того, возможны отравления так называемым этилированным бензином, который весьма ядовит и вреден и вызывает острые и хронические отравления. Судебно-медицинской экспертизе приходится выступать иногда и в гражданских исках, связанных с автотравмой, для установления поздних последствий автомобильных повреждений и причинной связи между повреждением и заболеванием. Такие экспертизы проводят обычно комиссионно с участием необходимых специалистов.

Железнодорожная травма. Железнодорожная травма также бывает нередко объектом судебно-медицинской экспертизы, и для расследования ее имеет значение все то, что было указано и в отношении автомобильной травмы. Возможность действия железнодорожного транспорта ограничивается железнодорожным полотном; поэтому количество железнодорожных травм, конечно, не может идти ни в какое сравнение с количеством автомобильных травм. Однако в больших городах с широко развитыми пригородными путями сообщения, а также в крупных железнодорожных узлах железнодорожная травма отнюдь не редкость. Осмотр места происшествия при железнодорожной травме также необходим для уяснения характера происшествия и его деталей (рис. 25). Поэтому на месте происшествия нужно



25. Положение тупа на полотне железной дороги. Самоубийство

обращать внимание на осмотр полотна на значительном протяжении от места столкновения или попадания жертвы под колеса до тех пор, пока следы от протаскивания, волочения жертвы не исчезнут совершенно. Следовательно, на месте происшествия нужно обращать внимание как на следы крови, части человеческого тела, так и на другие вещественные доказательства — обрывки одежды, части обуви и т. д. Значительные затруднения для определения происшедшего бывают, естественно, в тех случаях, когда железнодорожная травма происходит без свидетелей.

Судебно-медицинскому эксперту важно восстановить место происшествия и представить себе механизм происшествия. Осмотр поезда, паровоза, вагонов часто невозможен по той простой причине, что они оказываются уже далеко от места происшествия и труп находят спустя более или менее продолжительное время после прохождения поезда. Но если имеется возможность осмотреть поезд, то это нужно сделать для того, чтобы установить, на каких частях его имеются следы столкновения с человеком в виде частей одежды, частиц крови или тканей. При осмотре паровоза или вагона имеют большое значение определение и описание габаритов отдельных частей, для того чтобы затем можно было установить, в каком положении была жертва при столкновении с определенными выступающими частями паровоза или вагона.

Осмотр трупа. Оpozнание бывает иной раз чрезвычайно усложнено вследствие резкого, иногда полного, разрушения трупа. В таких случаях для опознания оставляются одежда и обувь. На одежде следует отмечать и сохранять посторонние загрязнения, особенно мазут, следы скольжения, протаскивания, загрязнения почвой, кровью. При осмотре повреждений нужно обращать внимание на локализацию их, характер и форму, на те особенности повреждений, которые могли бы помочь выяснить, чем они нанесены. Естественно, что существенное значение имеет присутствие на трупе и в ранах посторонних загрязнений.

Повреждения при железнодорожных травмах могут возникать: а) в результате отбрасывания и сотрясения при этом жертвы с последующим падением и ударами об окружающие предметы, б) от переезда железнодорожным транспортом, в) вследствие сдавливания между частями машин, например между буферами вагонов. Повреждения также могут быть: а) характерными именно для железнодорожного транспорта, б) нехарактерными, в) симулирующими повреждения другими орудиями.

К характерным повреждениям относятся отпечатки давящей части колеса вагона, имеющие вид широких бурых полос.

В одних случаях происходит разделение частей тела и эти бурые полосы сохраняются по краям размозжений, в других — кожа сохраняется целой и отпечаток колеса представляет собой широкую, обычно пергаментной плотности вследствие подсыхания, буро-коричневого цвета полосу (рис. 26). К характерным повреждениям следует отнести также раздробление костей, обширное размятие внутренних органов, расчленение и размятие тела, а также следы от протаскивания и волочения жертвы (рис. 27).

Нехарактерными повреждениями будут являться все те повреждения, которые нанесены не давящими частями железнодорожного транспорта, а возникали от ударов или отбрасывания, то есть те повреждения, которые могут быть охарактеризованы вообще как повреждения от ударов тупыми орудиями. Повреждения, симулирующие происхождение от других орудий — колющих, рубящих, огнестрельного оружия, обычно бывают обусловлены открытыми переломами костей с разрывами кожи, симулирующими повреждения другими орудиями (рис. 28).



26. Повреждение от переезда колесами вагона

Обязательно приходится устанавливать посмертное или прижизненное происхождение повреждений, ибо при железнодорожных травмах нередко возникает подозрение об умышленном подкладывании убитой жертвы на железнодорожное полотно.

Происхождение железнодорожной травмы. Как показывают статистические данные, основную массу железнодорожной травмы составляют несчастные случаи, возникающие главным образом в результате неосторожности самих жертв при переходе через железнодорожные рельсы, при прохождении в тех местах, где запрещается переход, при прыгании на ходу в поезд или из поезда с последующим попаданием под железнодорожный состав. Встречаются самоубийства посредством попадания под движущийся поезд. В одних случаях самоубийца бросается под поезд, и повреждения, возникающие при этом, ничего характерного для самоубийства собой не предста-

вляют, в других — самоубийца ложится на полотно и кладет шею на рельсы. В этих довольно характерных случаях все повреждения локализируются в области шеи, что и дает основание

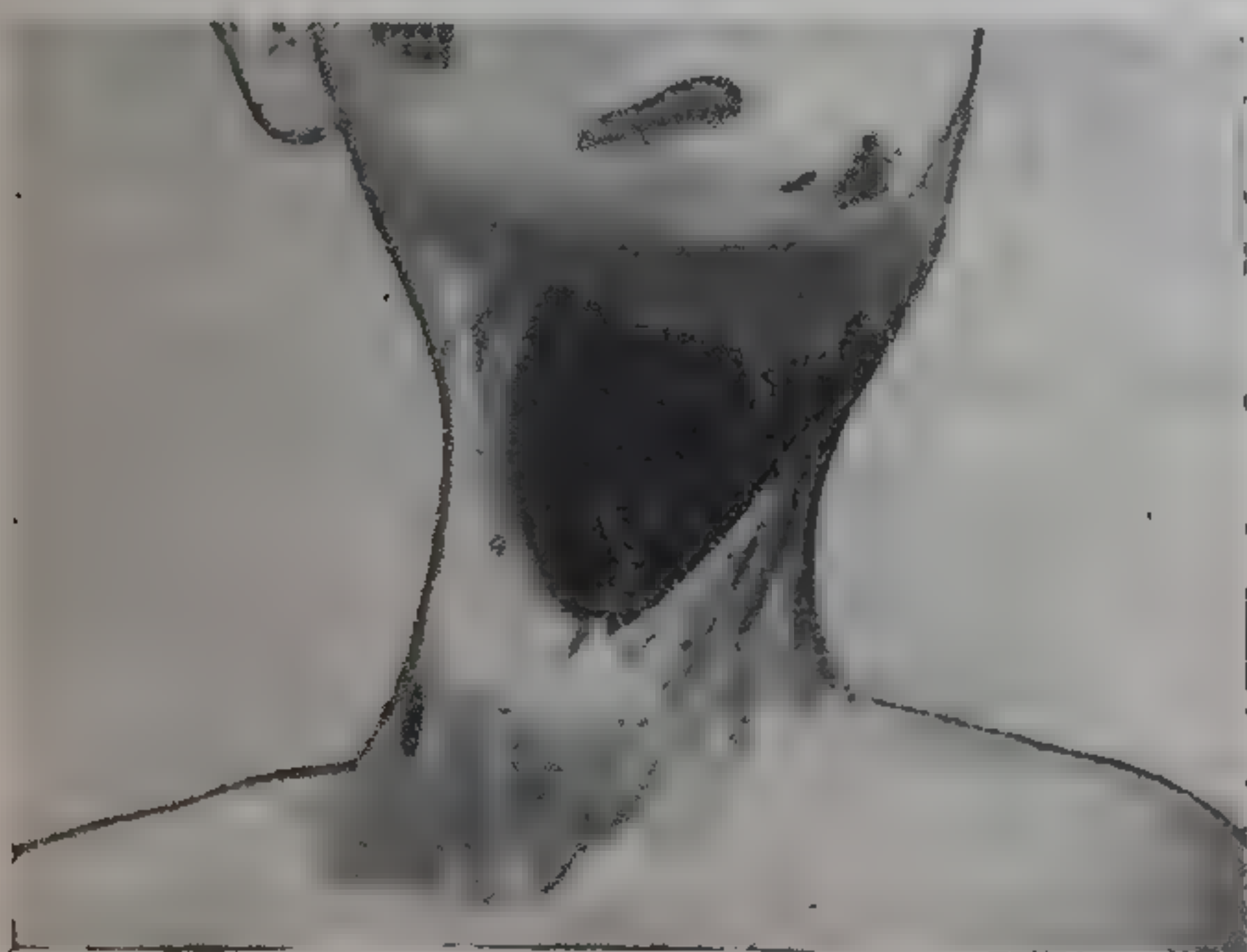


27. Железнодорожная травма. Следы волочения



28. Железнодорожная травма. Рана, по виду похожая на рубленую

предполагать самоубийство. Голова отделяется от туловища, и повреждений в других местах обычно не бывает (рис. 29). На-



29. Железнодорожная травма. Самоубийство

конец, возможны случаи убийства путем использования для этой цели железнодорожного транспорта. Жертва может быть сброшена во время хода поезда между вагонами или из вагона и, попадая под состав, получить те или иные повреждения. Возможны случаи подкладывания жертвы на рельсы в связанном виде. Однако в этих случаях надо тщательно осматривать узлы и устанавливать, не мог ли покойный сам себя связать или привязать к рельсам,

так как известно, что самоубийцы нередко применяют такие способы, которые не позволяли бы им отсрочить свое решение

и не выполнить задуманное намерение. С этой целью они могут связывать себя, привязывать к рельсам, надевать на голову мешок, закутываться во что-нибудь с тем, чтобы не видеть приближающегося поезда. Следовательно, сам по себе факт обнаружения такого трупа еще не должен служить основанием для предположения об убийстве. В ряде случаев известна симуляция несчастных случаев, когда труп человека, убитого тем или иным способом, подкладывают затем на железнодорожные рельсы, чтобы скрыть следы преступления и направить следствие по ложному пути.

Авиационная травма. Авиационная травма в судебно-медицинской практике встречается значительно реже, чем предшествующие два вида транспортных травм. Объясняется это не только меньшим объемом воздушного транспорта, но, пожалуй, и его большей безопасностью. При авиационной травме, которая может возникать от различных причин и при различных условиях, количество объектов судебно-медицинской экспертизы зависит от величины той машины, с которой произошла катастрофа.

При авариях с многоместными машинами количество жертв может превышать двадцать, тридцать человек.

Авиационная травма связана главным образом с падением с высоты. Здесь к самому падению присоединяется еще обычно сдавление тела тяжелыми частями самого самолета. Поэтому повреждения как наружные, так и внутренние, возникающие при авиационной травме, как правило, чрезвычайно разнообразны.

Но в некоторых случаях при падении современных транспортных самолетов эти повреждения могут ограничиться травмами небольшими по своему размеру, например, трещинами черепа, отдельными переломами, разрывами внутренних органов. Так как иногда авиакатастрофа сопровождается воспламенением самолета, то, помимо повреждений, происходит еще сгорание, обугливание жертв катастрофы (рис. 30). В этих случаях приходится решать вопрос относительно причин смерти, так как, помимо смерти от повреждений, возможна смерть от действия высокой температуры. Кроме того, обычно возникает необходимость опознания трупов, которые иной раз находятся в таком состоянии, что опознавать их приходится либо по обрывкам одежды, либо по каким-нибудь особым индивидуальным приметам.

Происхождение авиационной травмы. Авиационная травма в основном является несчастной случайностью.

При судебно-медицинской экспертизе жертвы авиатранспортной катастрофы приходится решать вопрос о наличии алкоголя

в трупах, главным образом членов экипажа, возможности каких-либо заболеваний у пилотов, отравления окисью углерода от выхлопных газов и, наконец, возможности смерти от истощения и родного голодания при высотных полетах.

При катастрофах железнодорожных, авиационных и автомобильных, сопровождающихся многими жертвами, одной из



30. Обгорание трупа. Авиатравма

основных задач и следственных и судебно-медицинских работников является организация быстрого и правильного опознания обнаруженных трупов.

§ 21. Спортивная травма

Спорт является могучим средством оздоровления и физической закалки человека. Виды спорта многообразны. Однако, к сожалению, при занятии спортом всех видов иногда приходится встречаться и с различного рода повреждениями, иной раз очень тяжелыми и даже со смертельным исходом, например при боксе, парашютных прыжках.

Спорт в любом его виде не должен и не может быть опасным и иметь тяжелые последствия, поэтому спортивный травматизм зависит от неосторожности, неумения по-настоящему, в соответствии с требуемыми правилами, культурно организовать занятия спортом, от небрежного отношения к обеспечению необходимых предосторожностями спортсменов, особенно в наиболее активных видах спорта. Спортивная травма может быть результатом сознательного неправильного применения приемов и невыполнения правил того или иного вида спорта (бокс, дзюдо, борьба).

Спортивная травма бывает предметом расследования особенно в тех случаях, где травматизм представляет собой не единичное явление, а проявляется в ряде случаев одного и того же характера. Это обстоятельство само по себе указывает на какие-то дефекты в организации и проведении спортивных занятий. Как показывают опыт и наблюдение специалистов, при отдельных видах спорта наблюдаются характерные повреждения, почему обращается особенное внимание на соблюдение определенных правил и требований при занятиях различными видами спорта. При расследовании спортивных травм необходимо привлекать в качестве экспертов и специалистов — спортсменов, тренеров, инструкторов, ознакомиться со специальными правилами и выяснить, кроме судебно-медицинских данных, правильность инструктажа, обстановку спортивных занятий и соответствие их требуемым правилам. Например, при повреждениях, связанных с прыжками в воду, необходимо выяснить, соответствует ли глубина бассейна высоте вышки, достаточно ли очищено дно бассейна и т. д.

Примеры:

- 1) А., 23 лет, во время купанья в реке нырнул и ударился головой о дно. Он был извлечен из реки в тяжелом состоянии и доставлен в больницу. В больнице у него были установлены перелом 4-го и 5-го шейных позвонков и полный перерыв спинного мозга. Через 9 дней А. скончался.
- 2) К., 21 года, занимаясь на турнике, сорвался и ударился головой о землю. После этого перестал чувствовать тело ниже сосков и двигать конечностями. В больнице установили перелом 6-го шейного позвонка с нарушением проводимости спинного мозга. Через три дня К. скончался при явлениях отека легких и падения сердечной деятельности.
- 3) Т., 22 лет, спускался с горы на лыжах. Лыжи попали под лежавшее на пути и занесенное снегом дерево. Т. упал и сильно ударился о дерево грудью и животом. В тяжелом состоянии, с диагнозом — шок, Т. был доставлен в больницу. На операции обнаружены обширный разрыв печени и 1,5 л крови в брюшной полости. Через несколько часов после операции Т. скончался.

§ 22. Повреждения острыми орудиями и оружием

В зависимости от механизма действия различают следующие виды острых орудий: режущие, колющие, колюще-режущие и рубящие. Повреждения каждым из этих видов острых орудий имеют свои особенности, по которым может быть восстановлен характер орудия. В некоторых отдельных случаях характер повреждений дает возможность произвести видовую идентификацию орудия.

Повреждения режущими орудиями. К типичным режущим орудиям относятся: бритвы, ножи и отдельные острые предметы, например, осколки стекла, обломки стальных и железных

предметов, которые иногда могут действовать как режущее орудие.

Механизм образования повреждений от режущих орудий заключается в том, что орудие проводится по поверхности тела при одновременном надавливании. В результате возникает рассечение тканей. Характер повреждений от режущих орудий зависит от остроты лезвия и силы его давления на ткани. Режущее орудие может вызвать поверхностные повреждения — в виде нарушения целостности только верхнего слоя кожи, эпидермиса, — имеющие обычно линейную форму. Такое поверхностное повреждение называется царапиной. Иногда оно бывает самостоятельным, но нередко сопровождается и более глубокими повреждениями, которые начинаются или заканчиваются поверхностным повреждением кожи (царапиной). Более глубокие повреждения, рассечения тканей являются уже резаными ранами. Режущие орудия могут вызывать и полное отделение участков и частей тела, например уха, носа, пальца.

В зависимости от угла, под которым действует острое орудие по отношению к коже, к поверхности тела, возникают раны различного характера. При перпендикулярном положении орудия к поверхности тела возникают линейные раны, при действии под острым углом орудие может отслаивать часть тела и вызывать лоскутные раны, при параллельном действии к поверхности тела могут срезаться участки тканей. В некоторых случаях режущие орудия при надавливании на кожу вызывают ее смещение и образование складок. После прорезания складки и расправления кожи повреждение будет иметь не линейную форму, а неправильную, с зигзагообразными краями, что может привести к ошибочному заключению о характере орудия. На поперечном сечении рана от режущего орудия имеет клиновидную форму.

Характерными признаками раны от режущего орудия являются ее ровные края и острые углы. В тех случаях, когда наносится ряд параллельных разрезов, центральная часть раны иногда является общей для всех разрезов. В углах же раны можно увидеть ряд остроугольных разрезов, разделенных между собой узенькими хвостиками кожи. По количеству таких разделяющих угол раны хвостиков можно составить представление о числе последовательных разрезов (рис. 31). Нередко острые углы линейной раны сопровождаются продолжением в виде поверхностных царапин. На дне раны, особенно возникшей в результате нескольких разрезов, можно заметить также ряд последовательных надрезов, особенно в тех случаях, когда дно раны составляют плотные ткани, хрящи или кость. Резаные раны вследствие сокращения кожи и перерезанных мышц обычно зияют.

Большая или меньшая величина зияния ран зависит от характера перерезанных тканей, места расположения раны и направления эластических волокон кожи. Резаные раны передней поверхности шеи обычно широко зияют и всегда вызывают представление о множественных разрезах или действии какого-либо большого ножа и подобного ему орудия; на самом деле они могут быть нанесены таким орудием, как бритва. Кости повреждаются острыми режущими орудиями сравнительно редко, и такие повреждения носят поверхностный характер, обычно за-



31. Резаная рана шеи. Самоубийство. Множественные надрезы кожи в углу раны

девая только надкостницу, реже — самую кость. Повреждения кости ценны для эксперта тем, что на кости хорошо могут быть видны и сосчитаны все надрезы. Кроме того, при ударах о кость могут повреждаться сами орудия. Мелкие осколки металла от орудия, обнаруживаемые в ране, дают возможность впоследствии идентифицировать орудие, которым было нанесено повреждение.

Орудие может быть режущим только по названию. Например, перочинный или столовый нож с тупым или зазубренным мер, лезвием иногда действует уже не как режущее орудие, а как тупое, ибо не разрезает, а рвет и разминает ткани. Поверхностный осмотр такой раны может привести к ошибочному заключению и неправильному определению орудия, вызвавшего повре-

ждение. Обычно же диагностика повреждения от режущих орудий не представляет затруднений, а характер орудия, вызвавшего повреждение, распознается легко.

Локализация повреждения от режущих орудий может быть, естественно, самой разнообразной в зависимости от происхождения повреждения, от характера самого случая. При самоубийствах характерно расположение повреждений на передней



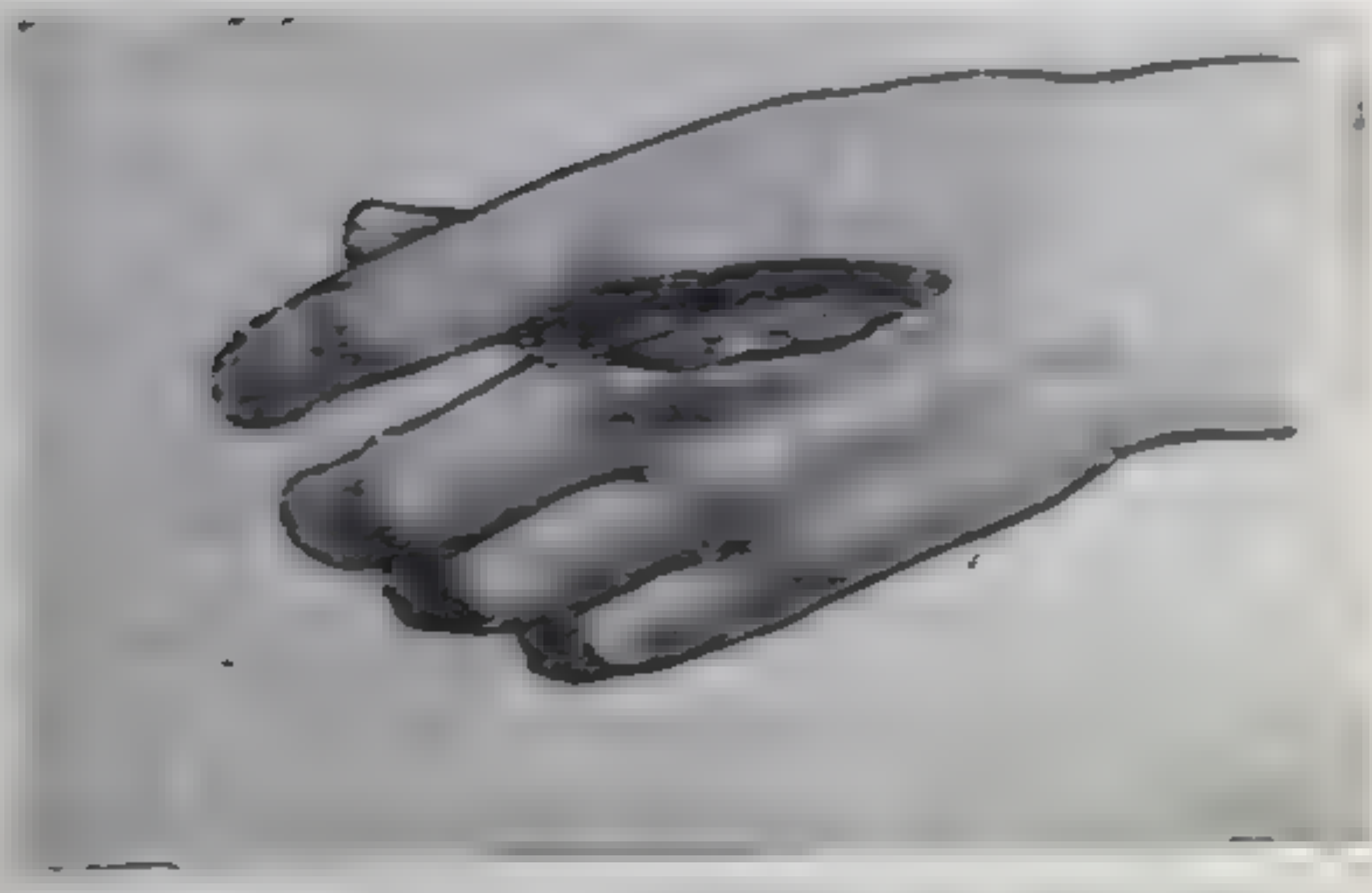
32. Резаные раны шеи и предплечья. Самоубийство

поверхности тела, больше с левой стороны, чем с правой, далее — множественность, поверхностность и параллельность повреждений. Чаще всего повреждения, нанесенные собственной рукой, располагаются на передней поверхности шеи, в области сердца и на передней поверхности лучезапястных, локтевых суставов (рис. 32). Реже случается расположение таких повреждений на животе и других частях тела.

Иногда же локализация ранений прямо указывает на возникновение их при самообороне (рис. 33—34).

Повреждения колющими орудиями. Колющими называются орудия с острым концом. Типичными колющими орудиями являются игла, шило, штык. Любое орудие с острым концом, действующее по направлению своей продольной оси, будет колющим. Повреждения, вызванные колющими орудиями, имеют входное отверстие и канал, а иногда и выходное отверстие. Форма входного отверстия зависит от формы поперечного сече-

ния колющего орудия, которое может быть круглым, овальным, ромбическим и т. д. Отчасти форма входного отверстия зависит также от расположения и хода эластических волокон кожи. При сравнении величины поперечного сечения колющего орудия с размером раны нужно иметь в виду, что отверстие колотой раны обычно несколько меньше размеров колющего орудия. Поэтому, что, оказывая давление на кожу, орудие первоначально



33. Повреждения рук при самообороне

несколько растягивает ее и кожа в силу своей эластичности после извлечения орудия сокращается.

Входное отверстие колотых ран имеет чаще всего звездчатную форму, но иногда входное отверстие может довольно точно передавать поперечное сечение орудия, вызвавшего повреждение, что позволяет идентифицировать орудие. Края колотой раны обычно ровные, иногда бывают осадненными, особенно в тех случаях, когда орудие погружается в тело до рукоятки, вызывая осаднение краев.

Длина канала колотой раны зависит не только от длины орудия, но и от того, насколько глубоко оно было введено в ткани (рис. 35). Колющие орудия по пути проникают не только через мягкие ткани и подлежащие органы, но иногда при сильном ударе и прочном материале орудия и через плоские

кости, в которых остается отверстие, иногда повторяющее по форме поперечное сечение орудия, обломки его, позволяющие затем идентифицировать орудие.



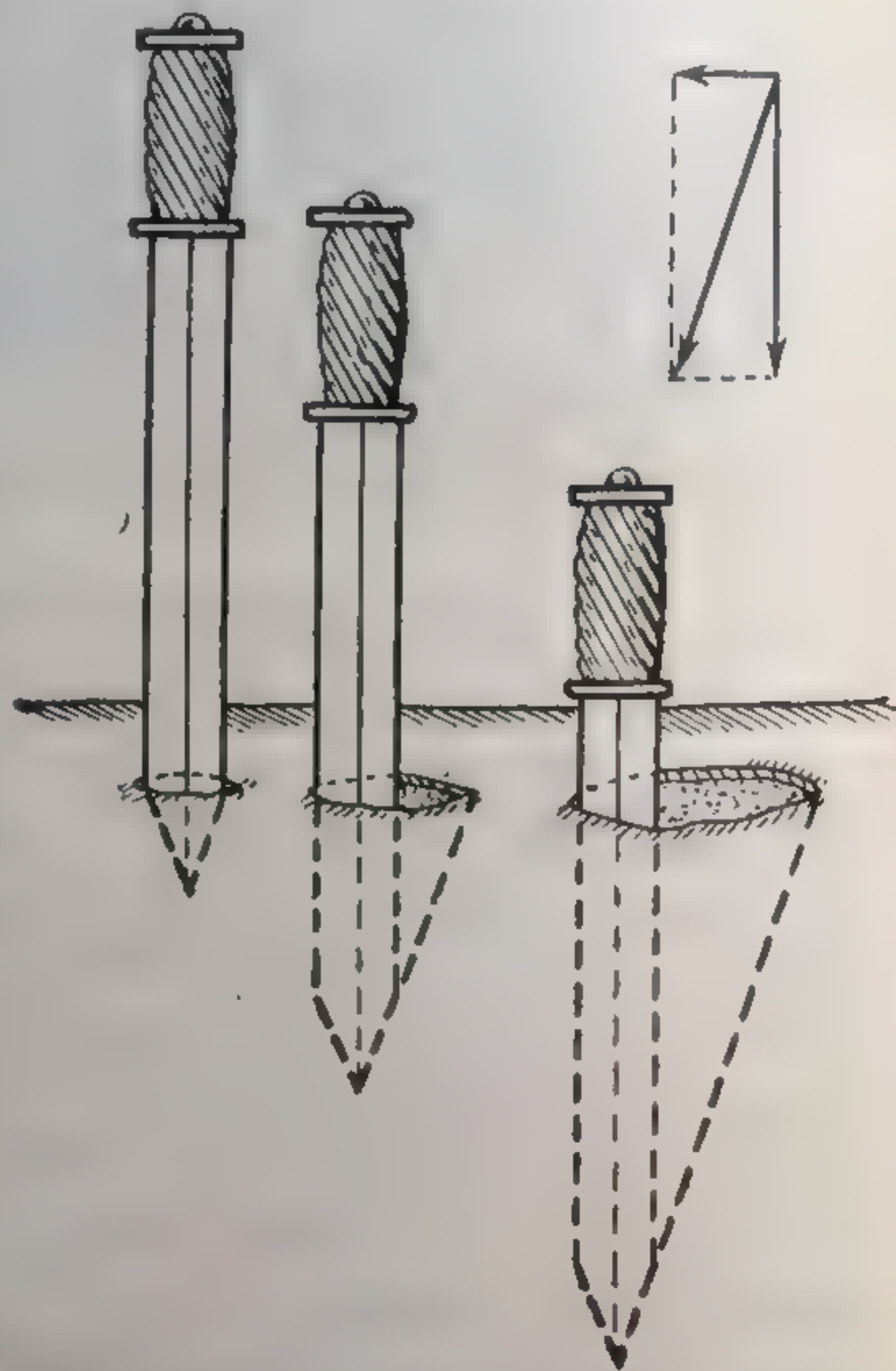
34. Повреждения пальцев при самообороне

грудной клетки при одном отверстии в коже сердце может быть повреждено в нескольких местах.

Повреждения колюще-режущими орудиями представляют собой комбинацию повреждений колющим и режущим орудием, что объясняется особенностями самого орудия. Колюще-режущие орудия имеют и острый конец, и лезвие. К таким орудиям относятся, например, финский нож, кинжал и др. Колюще-режущее орудие может иметь одно лезвие или быть обоюдоострым, в зависимости от чего получаются и различные ранения. Типичной формой колото-резаной раны является рана, имеющая овальную форму, ровные края и острые углы (рис. 36, 37). При одном лезвии один из углов раны может быть тупым, в зависимости от ширины спинки орудия.

Нередко колюще-режущим орудием наносятся повторно последовательные удары без полного извлечения орудия из раны. В таких случаях рана имеет несколько углов, разделенных

Форма орудия иногда может оставаться в виде характерного для нее отпечатка и в таких органах, как печень. При повторных ударах без полного извлечения орудия из раны при одном входном отверстии наблюдаются повреждения или многих внутренних органов, или одного и того же органа в нескольких местах. Например, при ранении колющим орудием



35. Механизм образования колото-резаной раны

между собой угловатыми мостиками кожи. Величина раны в данном случае будет зависеть от размеров углов между отдельными ранами.

Опасность повреждений от колюще-режущих орудий зависит от глубины проникновения их в ткань, калибра поврежденных сосудов и повреждения важных для жизни органов (рис. 38).



36. Колото-резаные раны

37. Множественные колото-резаные раны финским ножом. Убийство

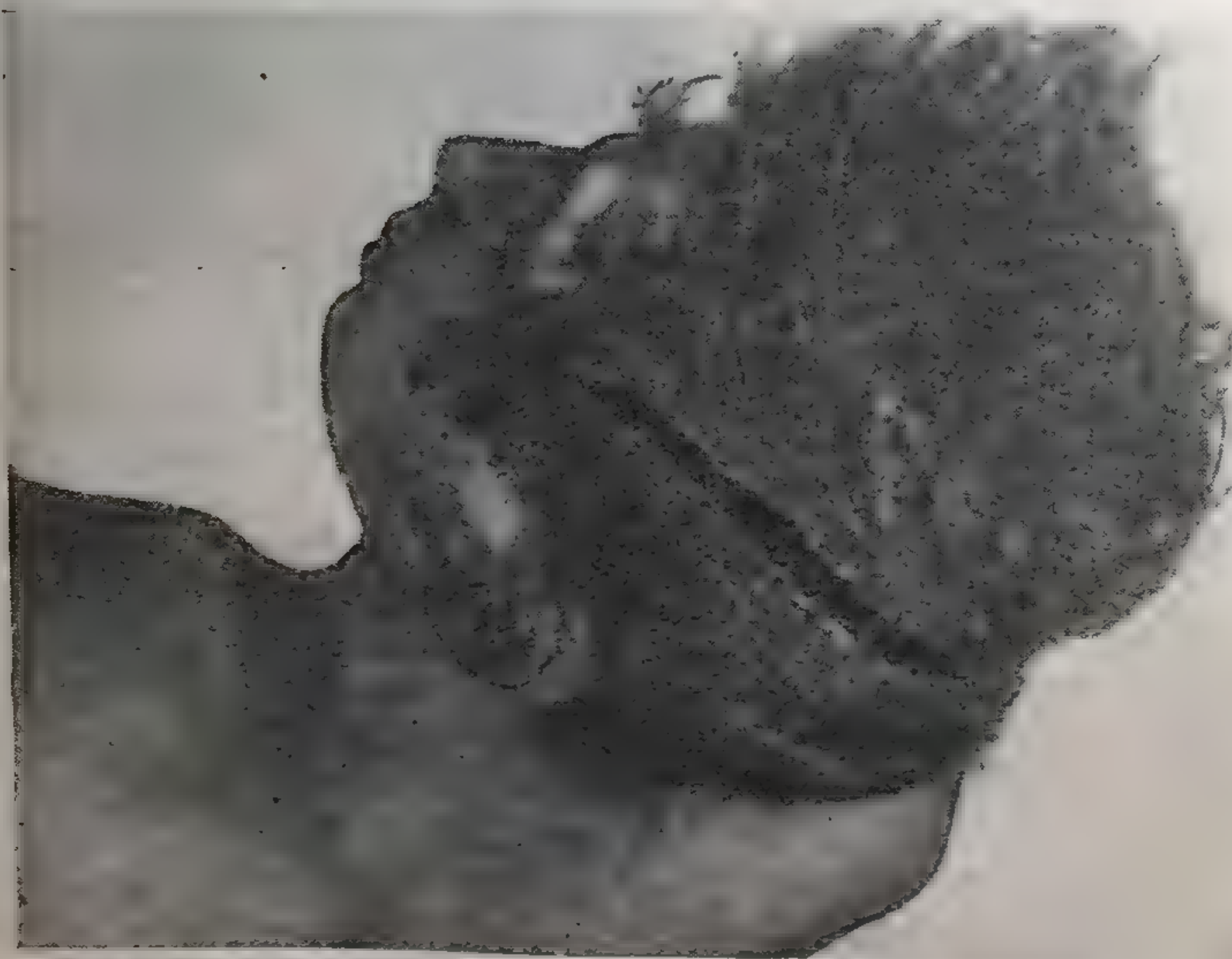
Сосуды, поврежденные острыми орудиями, дают обильные кровотечения. Опасность таких ран зависит также от возможности их загрязнения.

Повреждения рубящими орудиями. Рубящие орудия действуют не только своим режущим краем, но и давящей силой своей тяжести. От такого действия возникает рана, имеющая значительную глубину, значительное разрушение тканей. К типичным рубящим орудиям относятся топоры, косари и др. К рубящему оружию относятся также сабли, палаши.

Рубящие орудия могут вызывать поверхностные повреждения и раны, свойственные острым орудиям, например острооточенные топоры; рубящие орудия могут дать и такие повреждения, которые приближаются к повреждениям от тупых орудий, например тупые и тяжелые колуны. В большинстве же случаев получаются комбинированные повреждения. Типичная рубящая рана имеет более или менее значительную длину, повто-



38. Колото-резаная рана шеи с повреждением сонной артерии. Убийство



39. Рубленые раны головы, нанесенные топором. Убийство

ряющую в известной степени длину лезвия орудия, например топора; большую глубину, сопровождающуюся повреждением встречающихся на пути костей, что характерно для рубящего орудия. Кость либо разрубается, либо расщепляется и дробится, в зависимости от характера орудия и силы, с которой оно действует. В тех случаях, когда лезвие рубящего орудия недостаточно остро, края раны бывают разможены и осаднены, и такая рана носит некоторые признаки ушибленной. Следует также иметь в виду, что некоторые части рубящих орудий могут вызывать повреждения, характерные для тупых орудий. Топор может действовать не только своим лезвием, острием, но и обухом, и в этом случае, конечно, мы не встретим в таком повреждении признаков, характеризующих рубленую рану.

Удары рубящих орудий весьма опасны в том отношении, что они вызывают очень глубокие и обширные повреждения с нарушением целостности жизненно важных органов, например мозга, крупных кровеносных сосудов, костей (рис. 39).

Заживление рубленых ран происходит медленно и сопровождается различными осложнениями.

Повреждения рубящими орудиями в основном наносятся посторонней рукой. Однако известны случаи и самоубийств посредством топоров и колунов. Различные рубящие орудия применяются и при самоповреждении.

ГЛАВА IV

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОРУЖИЯ

§ 23. Оружие и боеприпасы. § 24. Факторы, вызывающие образование огнестрельного повреждения. § 25. Следы близкого выстрела. § 26. Отложение копоти при выстрелах на дальнем расстоянии (феномен И. В. Виноградова). § 27. Составные элементы огнестрельного повреждения. § 28. Происхождение огнестрельных повреждений. § 29. Повреждения от взрывчатых веществ, мин, снарядов, гранат и их частей (запалов, детонаторов, взрывателей)

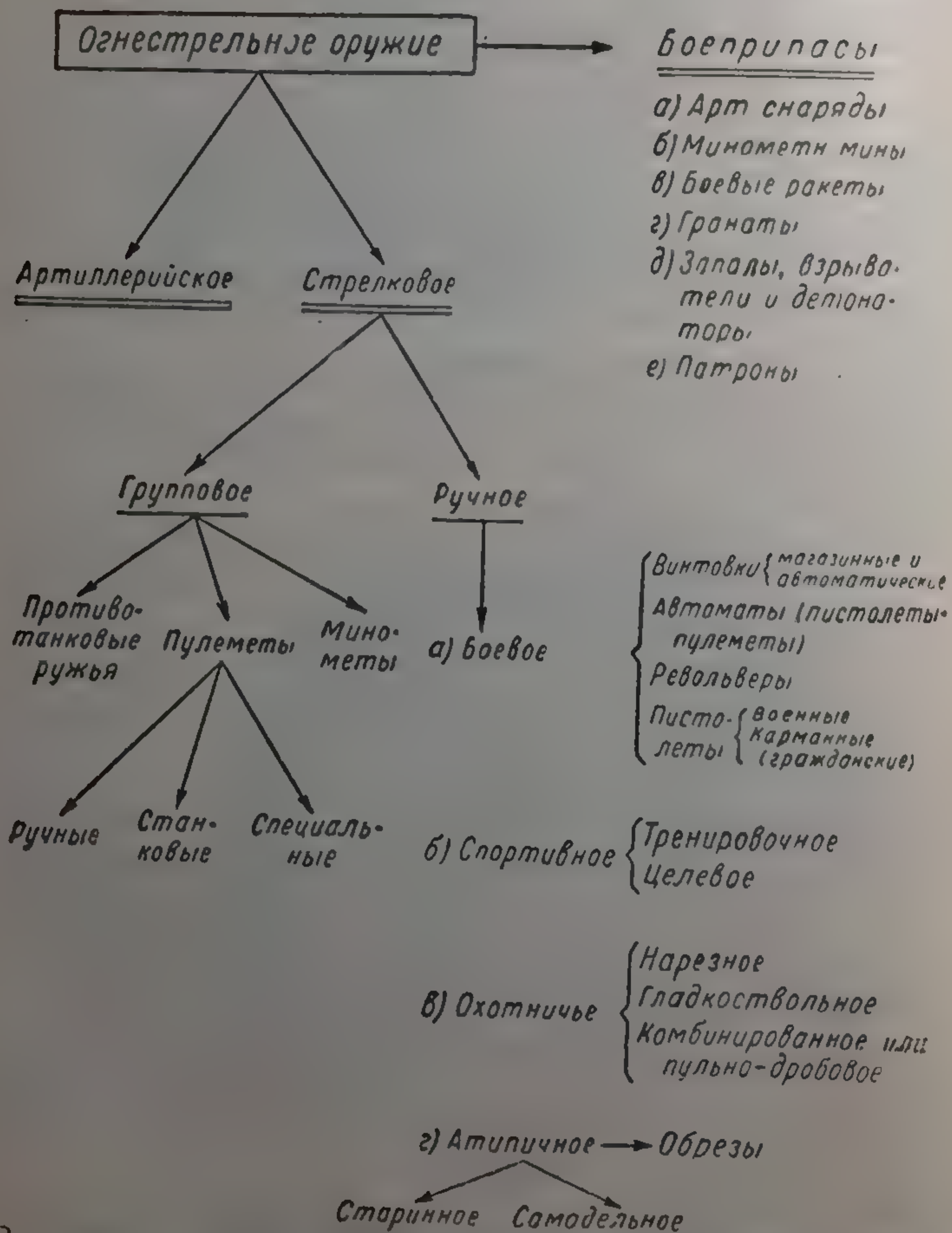
§ 23. Оружие и боеприпасы

К огнестрельным повреждениям в широком смысле относятся такие, которые возникают от действия всех видов огнестрельного оружия, снарядов (боеприпасов) или частей этих снарядов (капсюлей, запалов, детонаторов, взрывателей), специальных боевых средств — ручных гранат, мин, а также взрывчатых веществ. При этом повреждения могут возникнуть не только от непосредственного действия снаряда, но и от пламени, газов, взрывной волны (например, контузии).

В мирное время в судебно-медицинской практике огнестрельные повреждения встречаются сравнительно редко в силу

ограниченного распространения огнестрельного оружия среди населения. Повреждения же от различных артиллерийских снарядов, гранат или мин почти не встречаются.

Классификация современного огнестрельного оружия



В военное время огнестрельные повреждения — обычный объект экспертизы. С огнестрельными повреждениями прихо-

дится встречаться при убийствах, самоубийствах, несчастных случаях и самоповреждениях. При расследовании дел, связанных с огнестрельными повреждениями, следователь сталкивается с рядом вопросов, разрешение которых обусловлено знанием огнестрельного оружия, его действия и специальных свойств огнестрельного оружия и боеприпасов. Зная эти особенности и свойства, следователь в затруднительных случаях, при невозможности пригласить судебно-медицинского эксперта, сможет и должен сам разрешить некоторые из этих вопросов.



40. Винтовка образца 1891/30 гг. (СССР). Карабин образца 1944 года (СССР)

Прежде всего необходимо остановиться на некоторых общих вопросах, касающихся огнестрельного оружия, боеприпасов и их действия.

Оружие¹. Огнестрельное оружие, с которым приходится встречаться в судебно-медицинской практике, весьма разнообразно. Классификация встречающегося огнестрельного оружия и виды боеприпасов приведены в таблице 2.

Оружие артиллерийское и стрелковое групповое в мирное время и в гражданской следственной практике не встречается, и повреждения от этого оружия могут встретиться лишь случайно, в виде редкого исключения, например около военных полигонов. В основном приходится встречаться с ручным огнестрельным оружием (рис. 40—47).

Ручное огнестрельное оружие подразделяется на четыре группы: а) боевое, б) спортивное, в) охотничье, г) атипичное.

¹ Более подробные сведения об огнестрельном оружии и боеприпасах даются в курсе криминалистики.

Боевое оружие подразделяется на винтовки, автоматы, револьверы и пистолеты.

Винтовки являются оружием пехоты. Винтовками вооружена также военизированная охрана. Образцом такого рода оружия может служить винтовка образца 1891/1930 гг.



41. Самозарядная винтовка образца 1940 года — „СВТ“ (СССР).
Самозарядная винтовка образца 1943 года — „Вальтер“ (Германия)

Карабинами называются широко распространенные облегченные и укороченные винтовки.



42. Пистолет-пулемет образца 1941 года — „ППШ“ (СССР)

Автоматические винтовки (самострельные и самозарядные) отличаются от обычных винтовок повышенной скорострельностью. Образцом автоматической винтовки является самозарядная винтовка образца 1940 года («СВТ») — самозарядная винтовка Токарева.

Автоматы, или пистолеты-пулеметы, получили особенно широкое распространение в армии во время второй мировой войны и представляют собой автоматическое самострельное ору-

жие, снабжающееся пистолетными патронами. Автомат имеет более длинный ствол, чем у пистолета, и, кроме того, приклад.

Револьверы — короткоствольное неавтоматическое оружие, имеющее барабан с гнездами для патронов.



43. Револьвер образца 1895 года („Наган“), калибр 7,62 мм (СССР)

Пистолеты автоматические — личное оружие для стрельбы одной рукой, наиболее распространенный вид огнестрельного оружия, с которым приходится встречаться в прак-



44. Пистолет образца 1933 года („ТТ“), калибр 7,62 мм (СССР)

тике. Пистолеты автоматически перезаряжаются и обладают большей скорострельностью, чем револьверы. Различают пистолеты военные, состоящие на вооружении армии, и пистолеты карманные (гражданские). Последний вид оружия отличается исключительным многообразием и насчитывает до трехсот

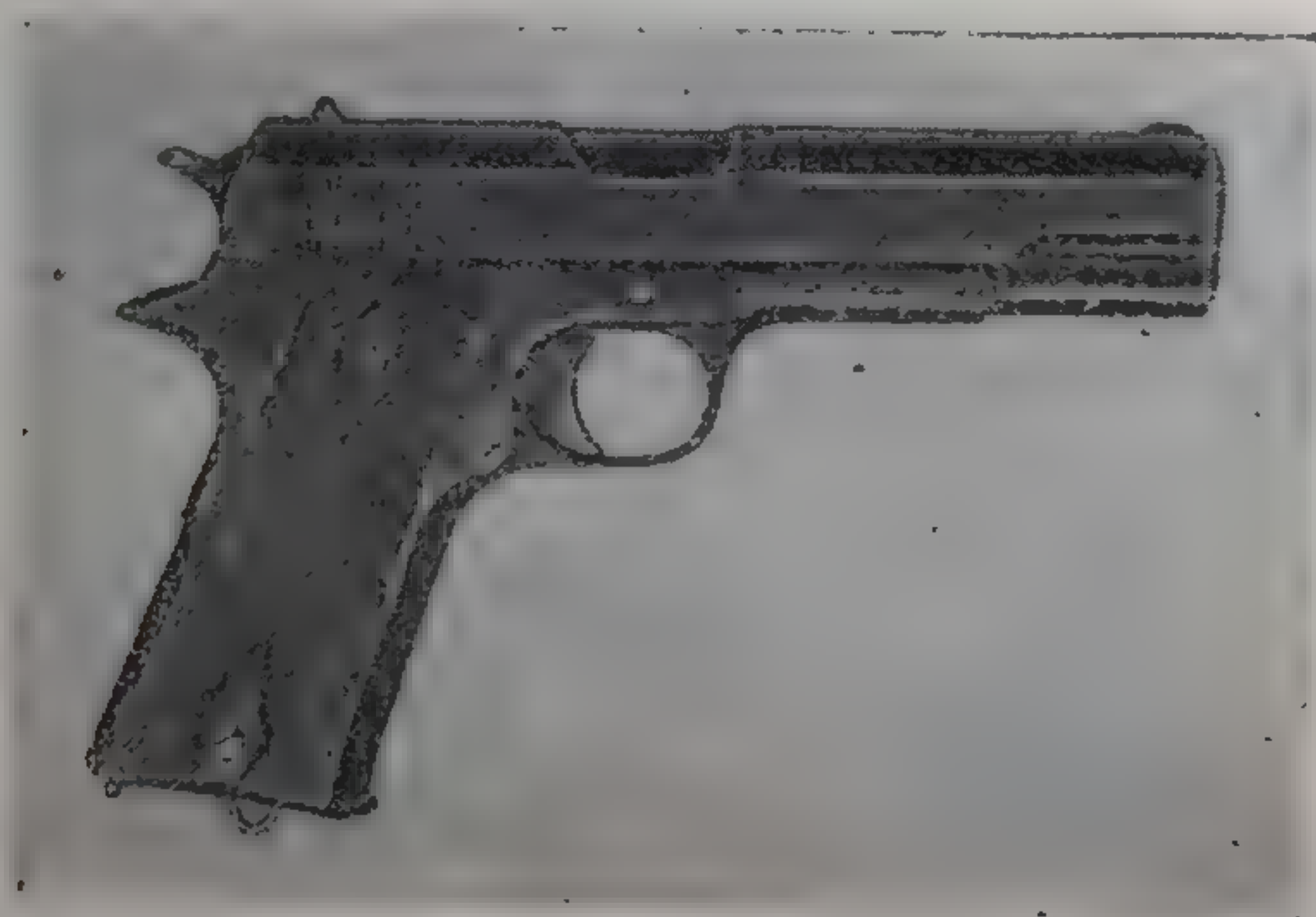
образцов, выпускаемых конкурирующими оружейными фабриками капиталистических государств.

Револьверы и пистолеты имеют наибольшее значение для судебно-медицинской практики, так как основная масса экспер-



45. Пистолет „Борхард-Люгер 08“ (Парабел-люм), калибр 9 мм (Германия)

тиз относится к повреждениям именно от этого вида огнестрельного оружия.



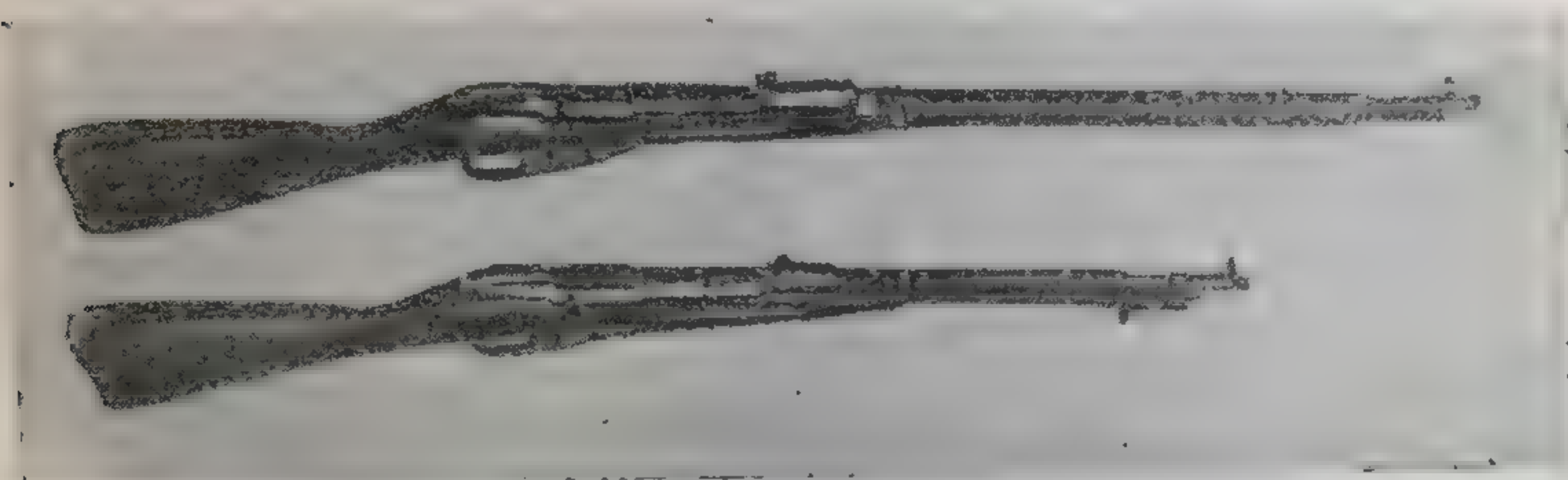
46. Пистолет „Кольт“ образца 1911 года, калибр 11,43 мм (США)

Спортивное оружие бывает: а) тренировочное и б) целевое.

К тренировочному, или иначе — спортивно-массовому, оружию относятся малокалиберные винтовки (калибра 5,6 мм), служащие для обучения стрельбе и укрепления навы-

ков тренировки и совершенствования в стрелковом деле. Малокалиберные винтовки широко распространены в спортивных обществах.

Малокалиберное оружие обладает значительной убойной силой. Пуля малокалиберной винтовки ТОЗ № 8 сохраняет свою убойную силу на расстоянии до 600 м. Поэтому малокалиберное оружие является также опасным, как и всякое другое огнестрельное оружие. Повреждения от спортивного огнестрельного оружия встречаются в судебно-медицинской практике и нередко



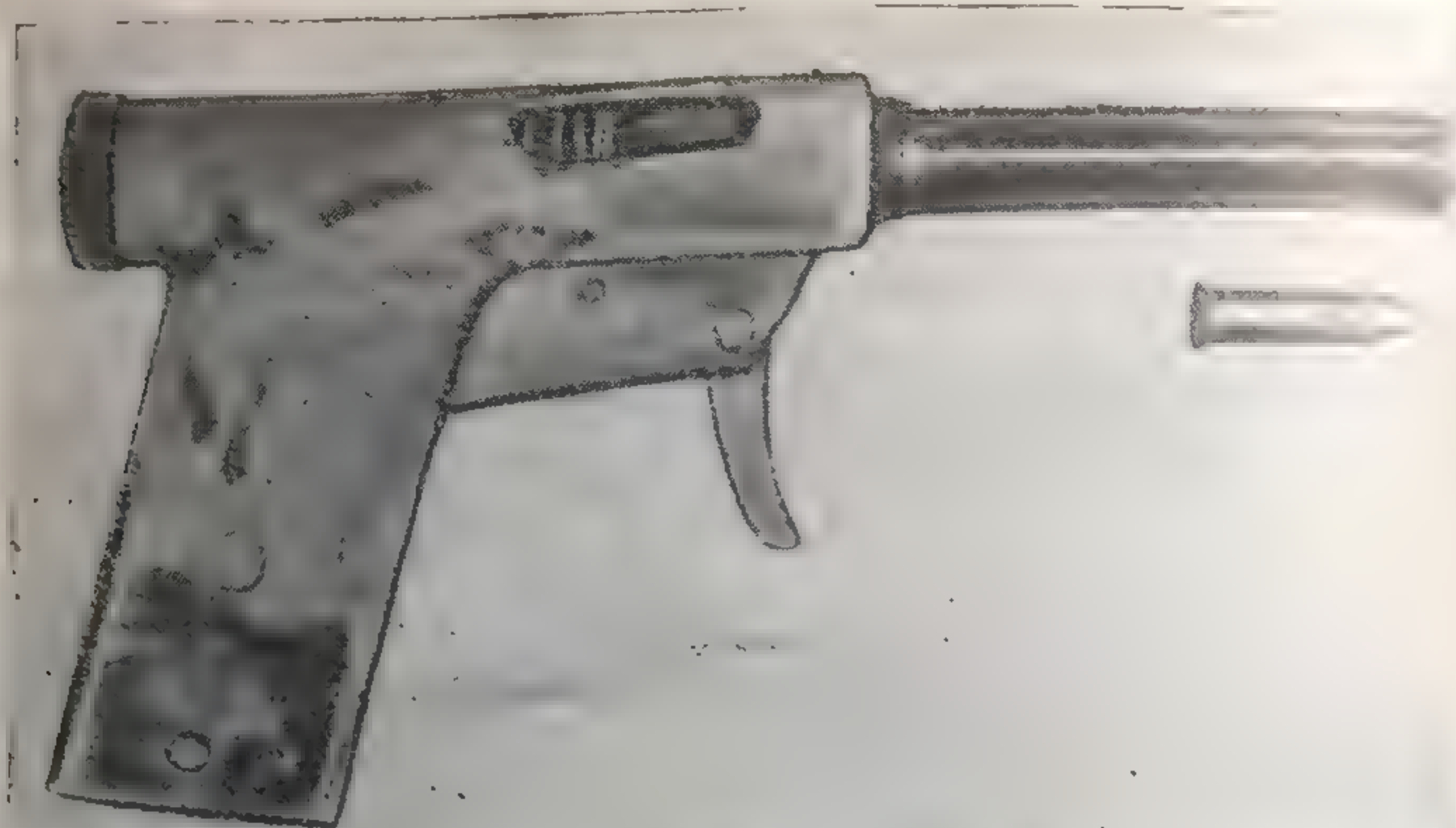
47. Малокалиберные винтовки „ТОЗ-8“ и „ТОЗ-9“

бывают смертельными. В основном это случайные ранения в тирах, на стрельбищах или в домашней обстановке от случайных выстрелов. Поэтому при стрельбе из малокалиберного оружия должны применяться такие же меры предосторожности, как и при стрельбе из боевого оружия.

Целевое спортивное оружие — разновидность спортивного оружия. Отличительными чертами целевого оружия являются длинный ствол (большая прицельная линия), особо кучный бой, хороший баланс, удобная рукоятка и совершенные прицельные приспособления. Вес значительно больший, чем у боевого и обычного спортивного оружия, служащего для тренировочных целей. Вес малокалиберной целевой винтовки до 6,3 кг. Вес целевой боевой винтовки до 8,5 кг вследствие большей толщины и длины ствола.

Охотничье оружие довольно широко распространено, особенно в тех районах, где занятие охотой не только спорт, но и промысел. Охотничье оружие имеет судебно-медицинское значение, так как повреждения от охотничьего оружия нередко встречаются в судебно-медицинской практике. В настоящее время имеется много типов, моделей и систем охотничьего оружия.

Различают три типа охотничьего оружия: 1) гладкоствольное дробовое оружие; 2) нарезное оружие для стрельбы пулей; 3) комбинированное (пульно-дробовое оружие).



48—49. Самодельное оружие

Гладкоствольное дробовое оружие предназначено для стрельбы дробью и бывает двух видов: казнозарядное и дульнозарядное, или шомпольное. Казнозарядные ружья бывают одноствольные (однозарядные и магазинные) и двуствольные. Магазинные ружья могут быть неавтоматические и самозарядные.

Нарезное оружие предназначено для стрельбы пулей: штуцера — для охоты на крупного зверя, карабины охотничьи — для охоты на крупного и среднего зверя.

Атипичное оружие, входящее в эту группу, — старинное оружие: ружья и пистолеты — практического значения не имеет.

Обрезы — представляют собой обычное оружие (винтовки, карабины, автоматы), у которого укорочен отпиливанием ствол, часто укорочен или полностью снят приклад. Такая «обработка» оружия применяется преступниками с целью облегчения хранения и применения его.

Самодельное оружие, так называемые самопалы, представляют собой кустарно изготовленное, обычно очень простое, а иногда и сложной конструкции «оружие», применяемое иногда с преступной целью (рис. 48, 49).

Не все виды огнестрельного оружия имеют одинаковое значение в судебно-медицинской практике. Чаще всего встречаются повреждения от револьверов и пистолетов, реже от винтовок, спортивного и охотничьего оружия и еще реже от атипичного оружия.

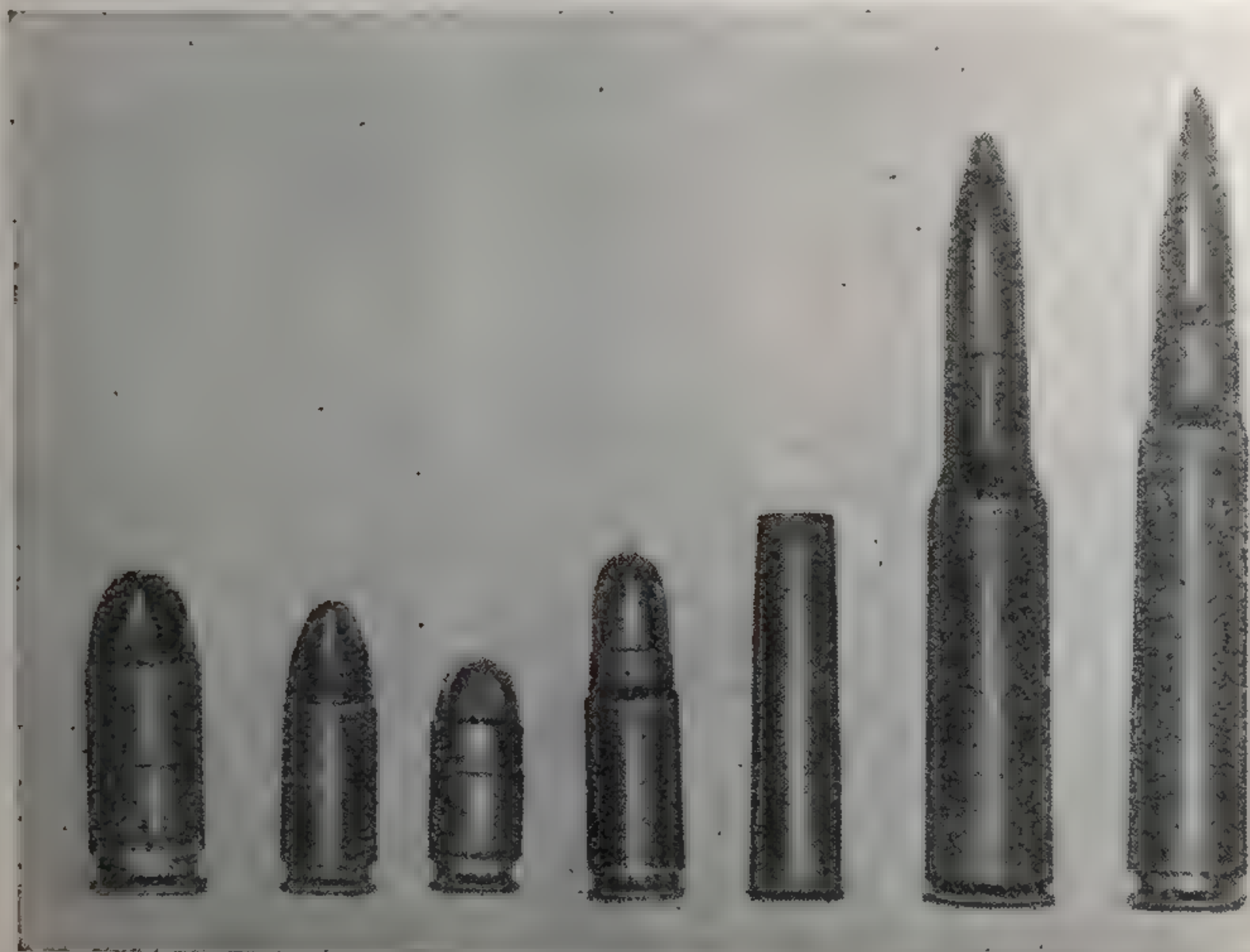
Патроны (рис. 50, 51.) Особенности огнестрельных повреждений зависят, с одной стороны, от вида огнестрельного оружия, а с другой — от тех патронов, которые применяются при стрельбе. Судебно-медицинское значение боеприпасов заключается в том, что очень часто при выстрелах на близких дистанциях, помимо действия снаряда (пули, дроби), сказывается еще влияние пламени, пороховых газов, копоти и порошинок.



50. Патроны и порох к револьверу образца 1895 года („Наган“) и пистолету образца 1933 года („ТТ“)

Кроме того, для особых целей в боевой обстановке применяются пули специального назначения (трассирующие, бронебойно-зажигательные и пристрелочные).

Для того чтобы правильно оценивать огнестрельные повреждения и разрешать возникающие в практике вопросы, необходимо иметь точное представление о тех факторах, которые участвуют в возникновении огнестрельного повреждения и дают возможность объяснить его особенности. Патроны для огнестрельного оружия могут употребляться боевые и холостые.



51. Патроны к пистолетам, револьверу и винтовкам

Боевые патроны состоят из пули, гильзы, содержащей заряд пороха, и капсюля с взрывчатым веществом. В холостых патронах пули отсутствуют.

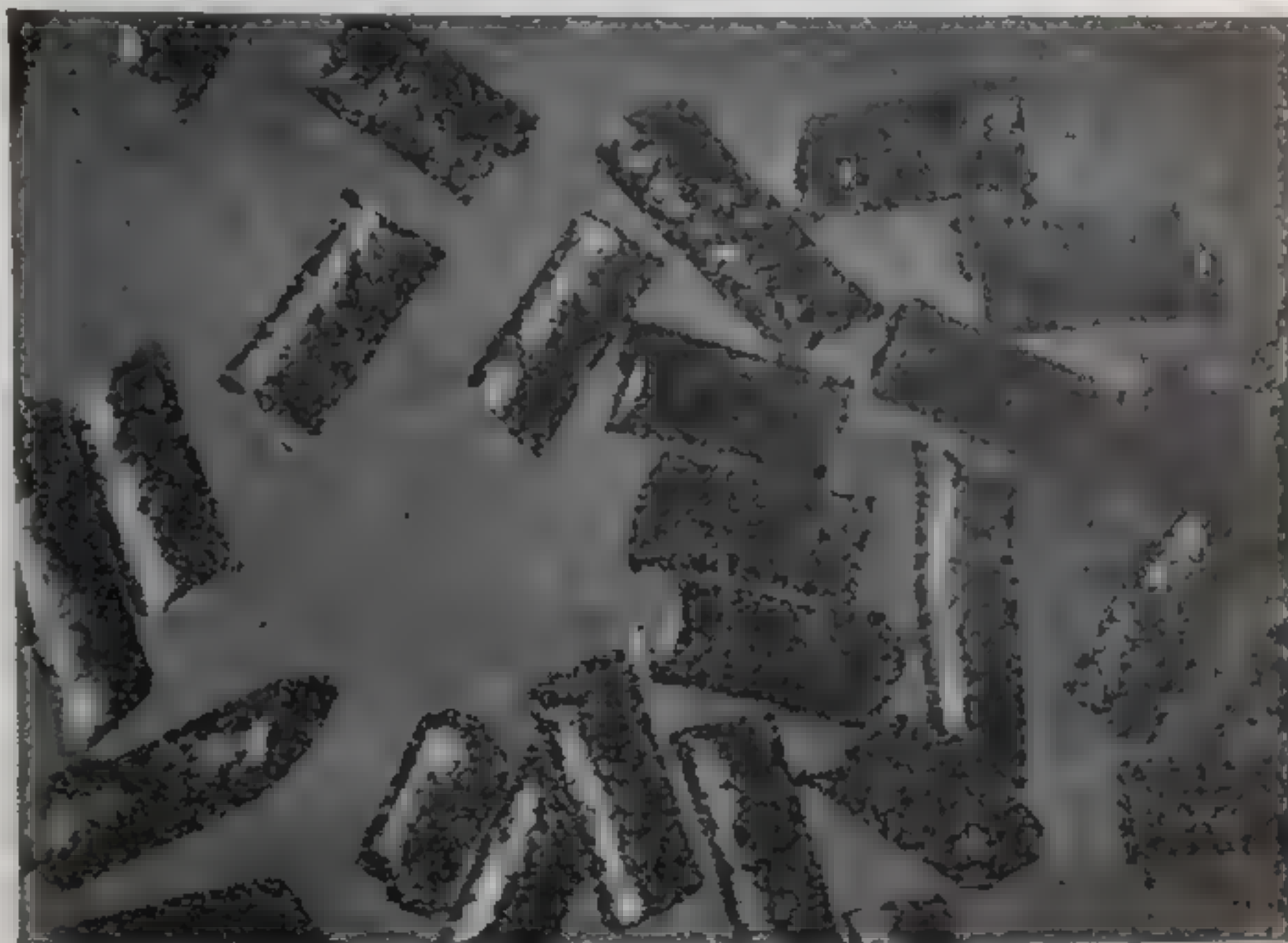
Холостые патроны бывают стандартные, фабричного производства с уменьшенным зарядом пороха и картонным пыжом вместо пули (применяются на маневрах) и самодельные. Последние обычно делаются из боевых патронов путем извлечения пули и замены ее бумажкой, картоном и т. п. Заряд пороха в таких самодельных холостых патронах обычно оставляют тот же. Выстрелы холостыми патронами на близком расстоянии могут вызвать тяжелые и даже смертельные повреждения пороховыми газами.

Пули у различных типов оружия отличаются своей формой, величиной и материалами, из которых они изготовлены.

Свинцовые пули употреблялись в прежнее время для различных систем оружия, в частности револьверов. В настоящее время они применяются в патронах охотничьего и спортивного оружия.

Оболочечные пули типичны для патронов боевого оружия, они имеют оболочку из твердого материала (биметаллические, из меди, мельхиора и т. п.), в которую впрессован сердечник из свинца с примесью сурьмы. Такие пули имеют значительно лучшие баллистические свойства, чем свинцовые пули.

Самодельные пули могут быть самого разнообразного характера. Они вытачиваются из металла или представляют собой просто металлические кусочки неправильной формы. Иногда вместо пули в патрон вставляется камешек, кость и т. п. В одном случае смертельное повреждение было вызвано обычной пробкой, которой



52. Порох трубчатой формы из патронов к винтовке образца 1891/30 гг.

был забит патрон охотничьего ружья. Самодельные пули встречаются не только при выстрелах из самодельного или охотничьего оружия, но и при выстрелах из револьверов и пистолетов.

Пули специального назначения. Трассирующие пули состоят из оболочки, внутри которой в передней части помещается сердечник из сплава свинца с сурьмой, а в задней — латунный стаканчик с запрессованным трассирующим составом.

Бронебойная пуля состоит из оболочки и свинцовой рубашки, внутри которой запрессован стальной сердечник.

Бронебойно-зажигательная пуля, кроме того, несет в себе зажигательный состав.

Пристрелочные (разрывные) пули применяются для корректирования стрельбы. Они несут в себе специальный взрывной механизм, заключенный в теле пули, и дают при разрыве дымную вспышку.

Порох. Заряд пороха заключен в металлическую гильзу и в патронах различных типов оружия неодинаков как по количеству, так и в смысле качественного состава.

Количество и качество пороха играет чрезвычайно большую роль при оценке огнестрельных повреждений и решении

многих вопросов судебно-медицинского и криминалистического характера. Все многообразие сортов пороха — очень много — может быть сведено к двум основным типам: дымному черному пороху и бездымному, или малодымному.



53. Порох цилиндрической формы (вискозный) из патронов к пистолету образца 1933 года („ТТ“)



54. Порох пластинчатой формы из патронов к револьверу образца 1895 года („Наган“)

Не только в баллистическом, но и судебно-медицинском отношении действие этих двух типов пороха отличается рядом особенностей.

Дымный порох имеет вид черно-матовых зерен различной величины и формы и состоит обычно из калиевой селитры, серы и угля. При воспламенении он дает большое пламя и много дыма. В настоящее время дымный порох применяется для снаряжения охотничьих патронов.

Бездымный или малодымный порох представляет собой обработанную специальными способами растительную клетчатку (нитроклетчатку) и уже давно вытеснил дымный порох из зарядов боевого огнестрельного оружия. Обладая лучшими, чем дымный порох, баллистическими свойствами, бездымный порох при сгорании не образует пламени и дает очень мало дыма, остатков несгоревших частей пороха и копоти.

Сортов бездымного пороха много. Это зависит от специальных целей, для которых он предназначается.

Порох состоит из зерен постоянной формы и размеров для каждой марки пороха. Пороховые зерна могут иметь вид трубочек, колец, пластинок, цилиндрических отрезков серо-черного, желтого и других цветов (рис. 52—54).

АВТОМАТЫ (ПИСТОЛЕТЫ-ПУЛЕМЕТЫ) И ВИНТОВКИ

Название систем и государство	Калибр (в мм)	Общая длина (в мм)	Длина ствола (в мм)	Начальная скорость пули (в м/сек)	Дульная энергия (в кг)	Число нарезов	Вес с патронами (в кг)	Емкость магазина
Пистолет-пулемет образца 1941 г. «ППШ» (СССР)	7,62	840	270	510	72	4	5,3—4,8	71 и 35 патронов
Пистолет-пулемет образца 1943 г. «ППС» (СССР)	7,62	831/610 *	250	500	70	4	3,62	35 патр.
Пистолет-пулемет «МР-40» (Германия)	9	855/620 *	250	392	62,6	6	4,4	32 »
Пистолет-пулемет «М-3» (США)	9	745/563 *	—	275	57,3	6	4,56	30 »
Винтовка образца 1891/30 гг. (СССР)	7,62	1232	730	865	370	4	4,52	5 »
Карабин образца 1944 г. (СССР)	7,62	1022	515	820	336	4	4,07	5 »
Винтовка «Маузер 98» (Германия)	7,92	1250	740	880	395	4	4,67	5 »
Самозарядная винтовка обр. 1940 г. «СВТ» (СССР)	7,62	1226	627	830	345	4	4,52	10 »

* В знаменателе длина автомата со сложенным прикладом.

ПИСТОЛЕТЫ

Название систем	Калибр (в мм)	Общая длина (в мм)	Длина канала ствола (в мм)	Нач. скорость пули (в м/сек)	Дульная энергия (в кг)	Число нарезов	Напра- вление нарезов	Вес без патронов (в г)	Емкость магазина
Пистолет образца 1933 г. «ТТ»	7,62	190	116	420	49,0	4	правое	854	8 патр.
Пистолет Коровина «ТК» . . .	6,35	127	67,5	228	8,0	6	»	400	8 »
«Борхард-Люгер 08» (Пара- беллюм)	9	220	100	330	44,5	6	»	890	8 »
Маузер образца 1908 г.	7,63 и 9	290	140	430	50,6	6	»	1100	10 »
Вальтер «РКК»	7,65	151	83	280	—	6	»	534	7 »
Вальтер «РР»	7,65	170	98	289	—	6	»	690	8 »
Вальтер образца 1938 г. («НР»)	9	212	125	330	44,5	6	»	900	8 »
Браунинг «Бэби»	6,35	104	53,6	—	—	6	»	250	6 »
Браунинг образца 1910 г. . . .	7,65	153	87,5	—	—	6	»	580	7 »
Браунинг образца 1930 г. . . .	9	197	118	330—40	40	6	»	890	13 »
Намбу образца 1925 г.	8	229	117	320	34,4	6	»	900	8 »
Кольт образца 1911 г. (М-1) . .	11,43	216	128	250	45,5	6	левое	1106	7 »
Вейблей-Скотт	11,56	216	123	204	30,4	6	»	1120	7 »

ПАТРОНЫ

Название образца и государство	Калибр (в мм)	Длина патрона (в мм)	Вес (в г)			
			патрона	пули	заряда	гильзы

Пистолетные

Пистолетный образца 1930 г. (СССР) . . .	7,62	34,85	10,2—11,1	5,45—5,6	0,48—0,52	4,57
Револьверный образца 1895 г. «Наган» (СССР)	7,62	39,0	11,87—13	6,7—7,0	0,3	4,57
«Борхард-Люгер 08» (Германия)	9	29,6	12,15	8	0,45	3,15
Кольт образца 1911 г. (США)	11,43	34,85	19,4	12,9	0,34	5,8
Браунинг № 2 (Бельгия)	7,65	—	7,7	4,8	0,2	2,7

Винтовочные

С легкой пулей «08» (СССР)	7,62	70	20,9—23,2 *	9,6	3,25	8,15 —10,15
С тяжелой пулей 1930 г. (СССР)	7,62	70	20,7—26,0 **	11,65	3,25	8,15 —10,15
«Маузер» с легкой пулей (Германия) . . .	7,92	80	23,7 *	10	3,05	10,5
«Маузер» с тяжелой пулей (Германия) . .	7,92	80	26,2 **	—	3,05	10,5

* С железной гильзой.

** С латунной гильзой.

Для ручного огнестрельного оружия употребляются мелкозернистые сорта пороха. Чтобы придать порохам специальные свойства, употребляют различные примеси.

Изучение видов, сортов и строения пороховых частичек и качества порохов имеет существенное судебно-медицинское и криминалистическое значение. Так, по свойствам пороховых частичек, обнаруженных в окружности огнестрельного повреждения или на одежде, может быть определен иногда вид оружия.

§ 24. Факторы, вызывающие образование огнестрельного повреждения .

Чтобы яснее представить себе силы, вызывающие образование огнестрельного повреждения, необходимо выяснить, что происходит в момент выстрела. При ударе бойком ударника по капсюлю происходит взрыв заключенного в нем состава, который воспламеняет пороховой заряд в патроне. Образующиеся при этом газы с колоссальной силой выталкивают пулю в канал ствола оружия, где она, проходя по нарезам, приобретает вращательное движение и устремляется со значительной скоростью вперед.

Начальная скорость пули составляет несколько сот метров в секунду. Она меньше у оружия с коротким стволом и больше у оружия с длинным стволом.

Пробивная способность пули зависит от живой силы. Живая сила пули — это половина произведения массы пули на квадрат ее скорости. Пробивная способность пули зависит не только от живой силы пули, но и от угла встречи пули с поражаемым объектом. Чем угол встречи ближе к прямому, тем больше пробивная способность. По мере увеличения расстояния, опять-таки различного для отдельных типов оружия, живая сила пули ослабевает, и вместе с тем уменьшается ее пробивная способность, которая в конце концов может свестись к нулю. Этим и объясняется различное действие пули на различных дистанциях, что, в свою очередь, позволяет иногда, но не всегда, делать предположительные выводы о расстоянии, с которого был произведен выстрел.

В тех случаях, когда пуля обладает сравнительно небольшой силой, что может быть на излете, она растягивает, разрывает ткани и раздвигает их. Такое действие пули называют клиновидным. Приобретая полную скорость, пуля оказывает уже иное действие на ткани. Благодаря значительной живой силе пуля, попадая в ткани, пробивает их, оставляя по своему ходу более или менее значительные дефекты тканей, что обозначают как пробивное действие пули. Пули, обладающие очень большой живой силой, например при выстрелах из винтовок,

пулеметов, противотанковых ружей, могут производить большие разрушения тканей. Правда, такое разрушительное действие на ткани может быть обусловлено не только живой силой пули, но и другими факторами, о чем будет сказано ниже. Пуля, теряющая поступательное движение, может вызывать поверхностные повреждения в виде ссадин, кровоподтеков и не проникать в тело.

При выстрелах на очень близком расстоянии, кроме пули, повреждающее действие на ткани могут оказывать также и пороховые газы. Помимо живой силы пули, образование и характер огнестрельного повреждения зависят еще от ряда факторов, в частности от деформации пули, изменения ее полета, ударного действия пули.

Деформация пули существенным образом влияет на образование и характер огнестрельного повреждения. Деформация пули может быть следствием случайного или умышленного повреждения ее. Современные оболочечные пули деформируются не так легко, как свинцовые, но тем не менее оболочка пули не предохраняет ее от деформации.

Случайная деформация может произойти вследствие повреждения оболочки при прохождении пули через изношенный канал ствола, если оболочка пули повреждается, например царапается. При большой поступательной скорости пули оболочка в месте повреждения лопається, и через образовавшийся дефект выступает более мягкий сердечник. Деформированная пуля изменяет свое вращательное и поступательное движение. Случайная деформация пули может произойти и во время полета при ударе о какие-нибудь предметы, находящиеся на ее пути (рикошет). При этом, кроме деформации, изменяется и направление полета пули. Деформация пули, наконец, может возникнуть и после вхождения пули в тело, например при ударе о кости, а иногда и при прохождении через мягкие ткани (брюшную стенку, печень и др.).

Умышленная деформация пули производится для большего разрушительного действия ее. С этой целью пулю надпиливают или спиливают частично ее передний конец. Деформированные пули обладают значительным разрушающим действием, почему умышленно деформированные пули называются иногда разрывными.

Пули, обладающие высокими скоростями полета, проникая в ткани тела, передают огромное количество энергии в стороны от линии полета пули. Передаваемая тканям энергия приводит в движение частицы тканей и вызывает резкие колебания их и передачу движения от частицы к частице. Поэтому разрушения в тканях распространяются не только по ходу пулевого канала, но и в его окружности. Пробивая полости, содержащие

жидкость (например, череп, мочевой пузырь, желудок), или ткани с большим содержанием жидкости, пуля производит обширные повреждения. Это, так называемое ударное действие пули передается жидкостям. В результате большого давления возникают обширные повреждения. При выстреле в череп, например, наблюдается растрескивание костей его и вдали от места вхождения или выхода пули. Наполненный желудок или мочевой пузырь растрескивается, разрывается. Такие же разрушения можно видеть в тканях и органах (почках, сердце, селезенке, мозгу).

При огнестрельных повреждениях из винтовок, пулеметов или соответствующего им оружия ударное действие выражено значительно сильнее, чем у короткоствольного оружия — револьверов и пистолетов.

Изменение полета пули, то есть отклонение ее от обычной траектории, наблюдается в случаях, когда пуля встречает на своем пути препятствия и полет ее отклоняется в сторону. Это явление называется рикошетом. Совершенно необязательно, чтобы препятствие, о которое ударяется пуля, было особенно объемистым и плотным. Пуля может рикошетировать и от воды. Изменение направления полета пули может произойти и от удара или скольжения о весьма незначительные по своей величине и объему предметы, например о пуговицу и т. п.

Изменение полета пули при рикошете сопровождается иногда неправильным полетом ее после рикошета и деформацией. Неправильный полет может выражаться в том, что пуля продолжает его своей боковой поверхностью вперед или же она кувыркается и т. д. Во всех этих случаях возникающие огнестрельные повреждения отличаются от обычных повреждений теми же пулями своей обширностью.

При выстрелах на близком расстоянии, кроме пули, на ту поверхность, в которую производится выстрел, действуют еще пороховые газы, пламя, копоть и порошинки.

§ 25. Следы близкого выстрела

Следы близкого выстрела имеют существенное значение в судебно-медицинском отношении. Без знания действия пороховых газов, пламени, порошинок невозможно разрешить основные вопросы, возникающие при огнестрельных повреждениях. Следы близкого выстрела являются следствием взрывчатого превращения пороха в патроне.

Газы. При взрывчатом превращении пороха в патроне основная его масса превращается в газы, содержащие окись углерода, цианистые соединения, окислы азота, водород, метан, уголекислоту и др.

Состав газов у различных сортов пороха неодинаков. Образующиеся газы имеют высокую температуру и давление до 2500—3000 атмосфер. При выстреле газы с значительной силой вырываются из канала ствола и при выстрелах на близком расстоянии сами по себе могут вызывать обширные повреждения. Ушиб кожи газами может проявляться в виде желто-бурых пергаментной плотности пятен в окружности входного отверстия. Возникновение этих пятен зависит, по-видимому, не только от ушиба газами, но и от химического действия азотистых газообразных продуктов.

Пламя. Выхожание газов из канала ствола сопровождается огненной вспышкой, которая зависит от взрыва, происходящего от соприкосновения с воздухом горючих составных частей пороховых газов (окиси углерода, метана, водорода). При бездымном порохе этот взрыв происходит на некотором расстоянии от дула оружия. При дымном порохе пороховые газы содержат массу твердых частиц, которые образуют длинный язык огня, вылетающий непосредственно из дула. В образовании пламени между дымным и бездымным порохом имеется существенная разница.

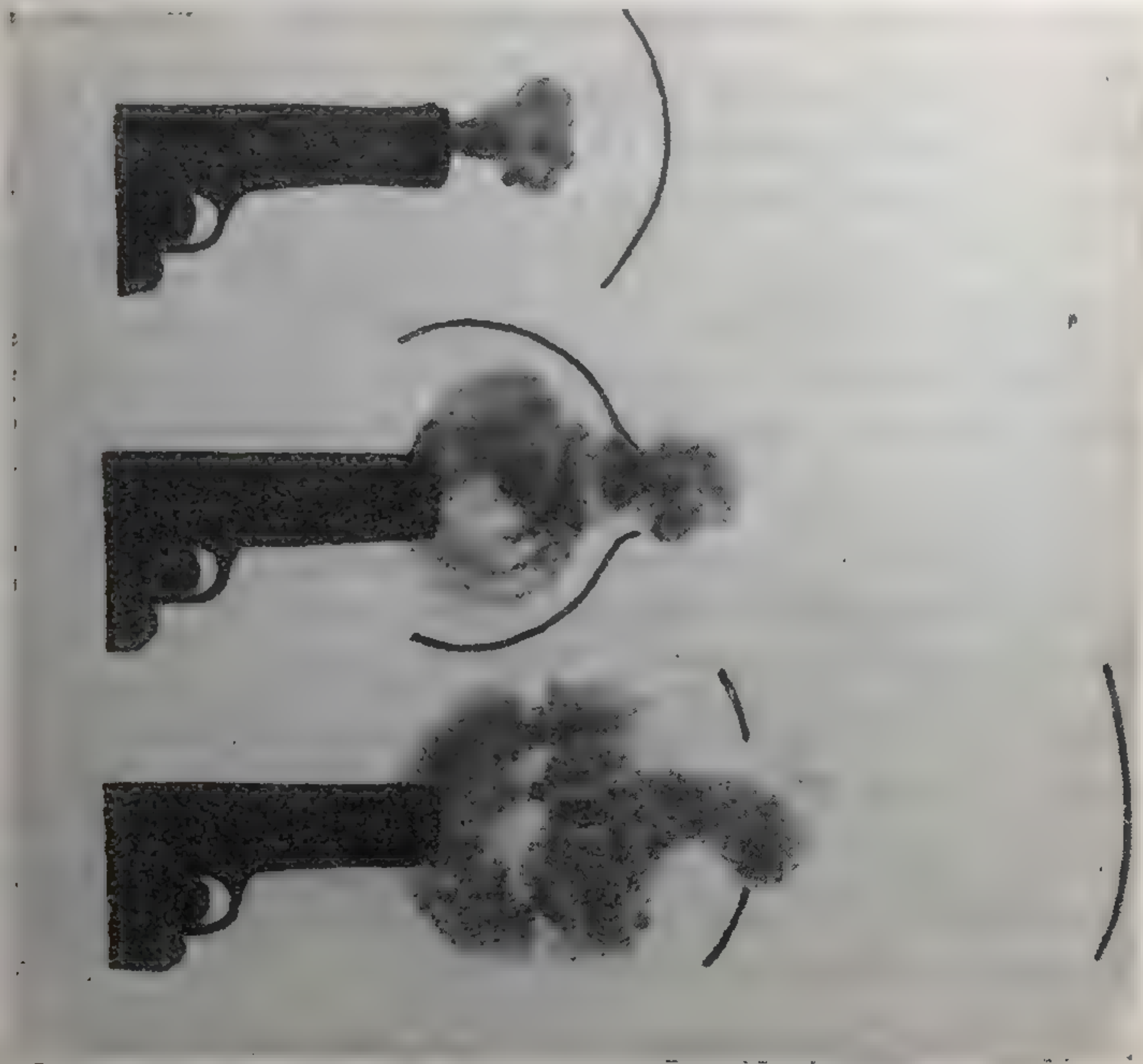
Пламя дымного пороха при выстреле может вызывать ожоги тела и зажигать легко воспламеняющиеся ткани.

Температурное действие бездымного пороха, по последним данным (Скопин, Кустанович), бывает далеко не всегда и выражено гораздо слабее. Оно наблюдается примерно в пятой части всех случаев. Это различие между дымным и бездымным порохом всегда необходимо иметь в виду при оценке следов близкого выстрела. Увидеть в темноте при блеске выстрела лицо стрелявшего, а следовательно, и опознать его невозможно, что было подтверждено экспериментально (Кустанович, Денковский).

Копоть. Твердые пылевидные остатки капсюльного состава, сгоревшего пороха и частицы металла канала ствола, пули и гильзы, взвешенные в раскаленных газах, вырываются из канала ствола и пролетают некоторое расстояние вслед за пулей. Если на их пути встречаются препятствия (тело, одежда), они оседают на нем в виде копоти, образующей различные фигуры, чаще всего круглой или овальной формы, большей частью серо-черного цвета, различной интенсивности. Черный порох дает копоть черного цвета, бездымный порох (в зависимости от сорта) — серую, серо-черную, зеленовато-серую.

Кустанович и Соколов установили, что так называемая копоть от выстрела состоит из металлов: меди, свинца, сурьмы и других, которые определяются в копоти от одного выстрела в весомых количествах. Углерода же в копоти не содержится или он содержится в невесомых количествах.

Интенсивность закопчения зависит от величины заряда и расстояния, с которого произведен выстрел. Чем больше заряд пороха в патроне, чем больше твердых остатков при разложении, тем интенсивнее будут выражены следы копоти. При одной и той же величине заряда, но на различных дистанциях выстрела следы копоти будут выражены неодинаково. С увеличением расстояния интенсивность закопчения будет постепенно



55. Момент выстрела из пистолета (по Окуневу)

ослабевать. Бездымный порох сгорает более совершенно, чем дымный, и дает меньше твердых остатков.

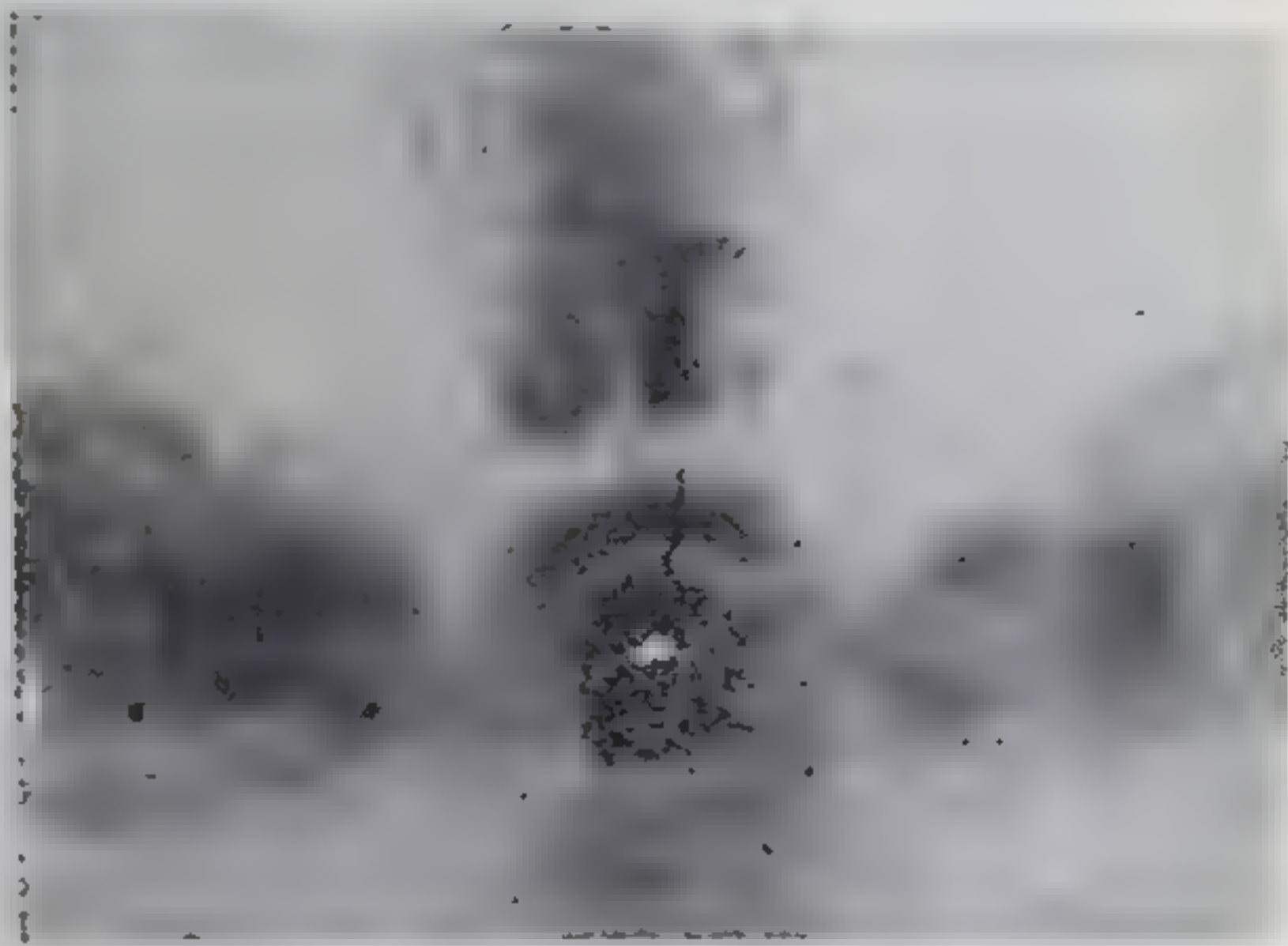
Вначале из канала ствола пуля выталкивает воздух. Газы и твердые остатки (копоть и порошинки) вылетают из канала ствола в виде столба цилиндрической формы. Встречая на своем пути сопротивление воздуха, этот столб изменяет свою цилиндрическую форму и очень быстро, на протяжении уже первых сантиметров, начинает превращаться в конус, обращенный своим основанием в сторону полета пули (рис. 55).

По мере увеличения расстояния основание конуса расширяется. Оседая на встречающееся на пути полета пули препят-

ствие, копоть образует площадь закопчения, или пояс закопчения, величина которого зависит от расстояния, а форма — от угла, под которым произведен выстрел. При выстреле под прямым углом возникает площадь закопчения в виде круга, под ту-

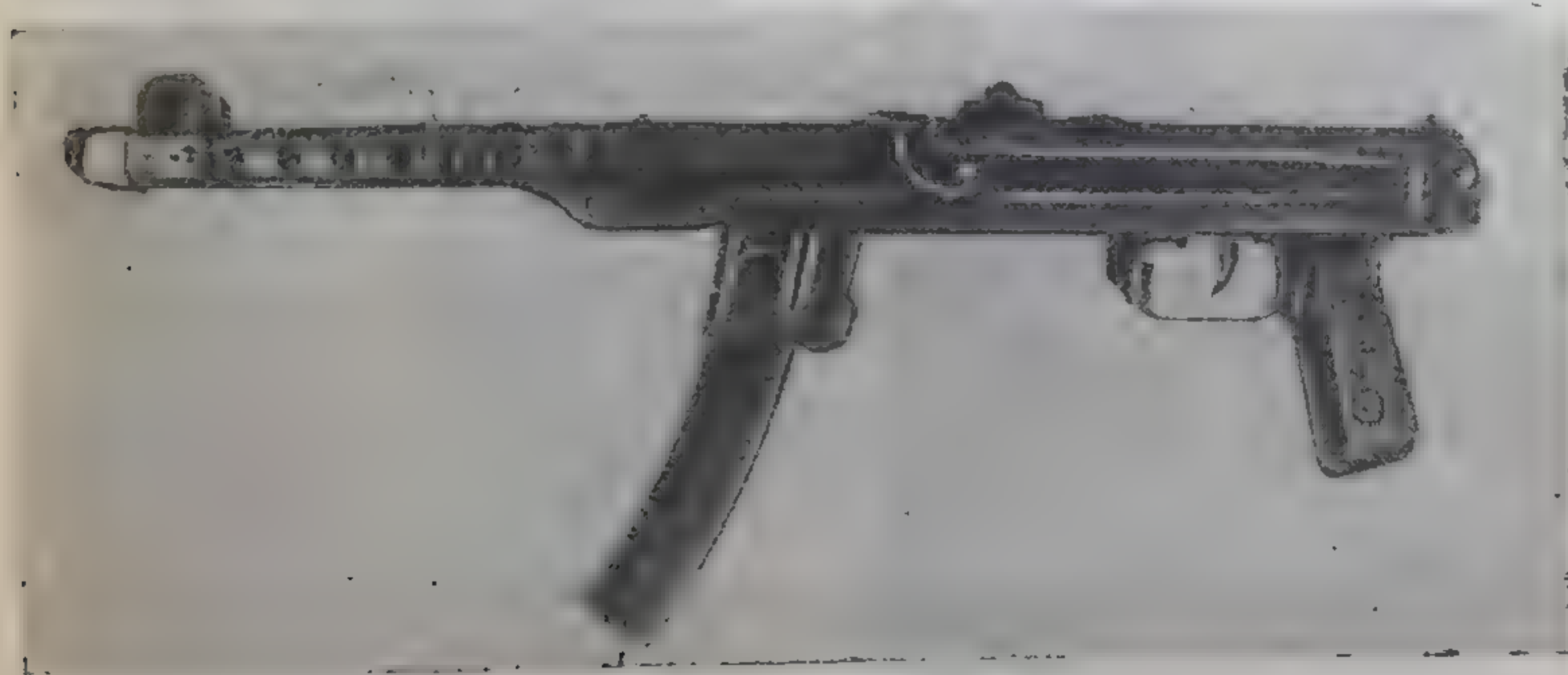


56. Передняя часть ствольной коробки — кожуха пистолета-пулемета Шпагина.



57. Картина отложения копоти при выстреле из пистолета-пулемета Шпагина на минимальной дистанции (Кустанович)

рым углом — в виде овала. Если производить выстрелы в какую-нибудь светлую ткань с различных дистанций, то можно увидеть, что площадь закопчения имеет своеобразную и неодн-

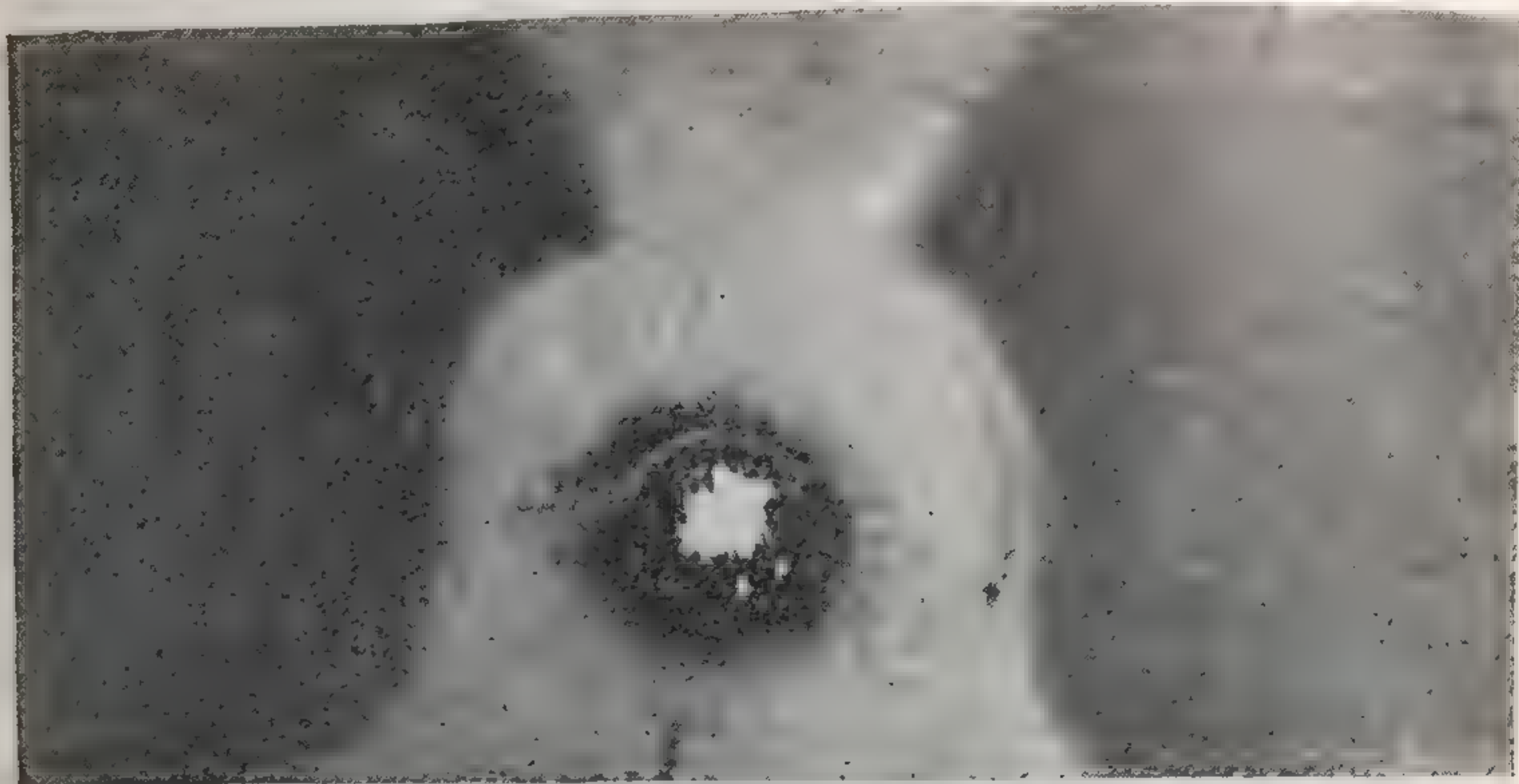


58. Пистолет-пулемет Судаева

наковую картину, по которой иногда можно определить систему оружия (рис. 56—60 а, б.).

На очень близких дистанциях площадь закопчения интенсивно темная и небольшого диаметра: 2—4 см. С увеличением расстояния эта площадь увеличивается, а затем появляется внешнее кольцо, окрашенное менее интенсивно, — внешняя зона

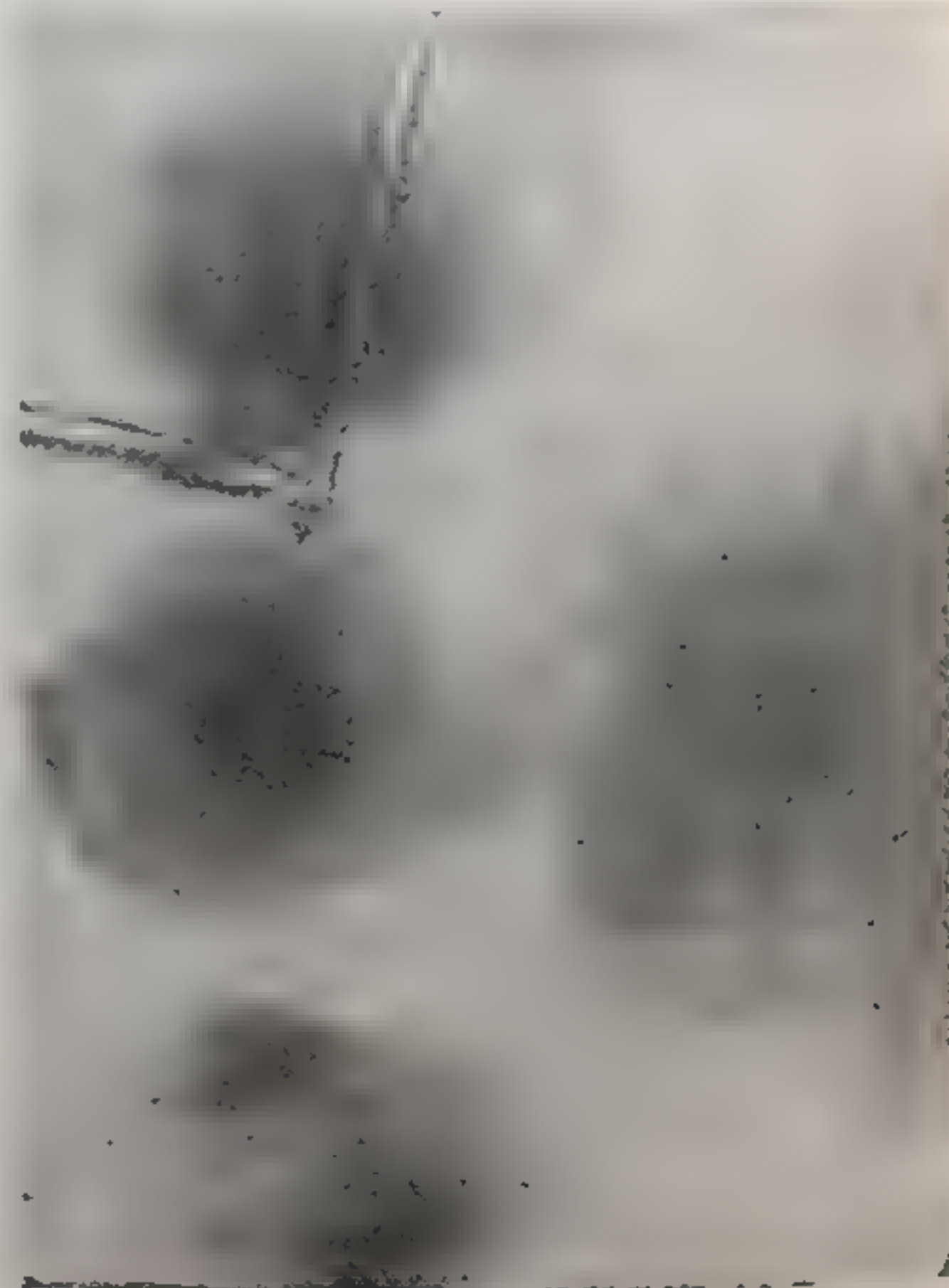
площади закопчения. При дальнейшем увеличении расстояния внутренняя, более темная зона начинает бледнеть и постепенно сливается с внешней.



59. Картина отложения копоти при вспышке из пистолета-пулемета Судаева на минимальной дистанции (Кустанович)



60. а) Выстрел из пистолета-пулемета Шпагина в упор в темно-серое сукно. Входное пулевое отверстие



60. б) Тот же участок ткани, сфотографированный в инфракрасных лучах

Параллельно этому происходит одновременное ослабление окраски площади закопчения, и, наконец, закопчение исчезает. Для современных типов ручного оружия (револьверов, пистоле-

тов, автоматов и винтовок) пределы расстояния, на которых есть еще отложения копоти, обычно не превышают 25—30 см, а для некоторых систем оружия — еще меньше. Диаметр площади закопчения на этом расстоянии не превышает обычно 10—15 см. Неравномерное распределение копоти выражается еще в появлении чередующихся, концентрически и радиально расположенных, светлых и более темных полос. Концентрические полосы возникают от того, что столб копоти, ударившись о препятствие, распространяется затем волнообразно, оседая и поднимаясь по поверхности, в которую произведен выстрел. Радиальные и концентрические полосы бывают заметны на более близких дистанциях. По мере увеличения расстояния они становятся неясными и, наконец, исчезают совершенно.

Копоть хорошо видна на коже и светлых тканях одежды. На темных тканях она может быть совершенно незаметна и выявляется фотографированием в инфракрасных лучах. Цвет копоти, величина и форма площади закопчения, внутренней и внешней зоны, характер концентрических и радиальных полос — все это имеет очень большое судебно-медицинское и криминалистическое значение и может дать очень многое для разрешения вопросов о дистанции выстрела, типе оружия и т. д.

Порошинки. При выстреле, как правило, не происходит полного разложения пороха в патроне. Часть порошинок обгорает, некоторое количество остается несгоревшим. Вылетающие из канала ствола порошинки устремляются вначале вперед в составе струи газов и копоти, а затем начинают подчиняться тем же закономерностям, что и частицы копоти. Обладая большим весом, они, естественно, преодолевают большее расстояние, начиная свое движение вперед довольно компактной массой. С увеличением расстояния порошинки также образуют в полете фигуру конуса, как и частицы копоти. Порошинки распределяются более равномерно, чем частички копоти, и образуют так называемую площадь рассеивания порошинок. Внешняя и внутренняя зоны здесь выражены не так отчетливо, как на площади закопчения. Радиальные полосы бывают иногда выражены довольно хорошо.

Обладая большим весом, чем частицы копоти, порошинки выбрасываются со значительной силой вперед. На близком расстоянии они могут пробивать или внедряться в одежду. На кожу частички пороха действуют, как маленькие снаряды. Внедряясь в эпидермис, они могут проникать довольно глубоко.

Повреждения кожи, вызванные порошинками, имеют вид мелких красноватых точек, в глубине которых можно обнаружить порошинки (рис. 61, 62). Иногда они отскакивают, вызвав повреждение эпидермиса. Частички дымного пороха, продолжая гореть в воздухе, могут вызвать маленькие ожоги.

После заживления повреждений порошинки, оставаясь в коже, имеют вид синевато-черных точек (особенно при дымном порохе), что называют татуировкой. Попадая на волосистую часть тела, порошинки могут вызывать повреждения волос. Горящие порошинки дымного пороха опаляют волосы, частицы бездымного пороха — ломают, рассекают волосы, застревая при этом в отдельных волосах, где и могут быть обнаружены.

Расстояние, на которое выбрасываются порошинки, различно для различных систем оружия и видов пороха, но колебания здесь сравнительно невелики и практически ограничиваются



61. Выстрел на близком расстоянии (около 20 см) из пистолета „ТТ“



62. Порошинки в коже под микроскопом

пределом одного метра, хотя единичные порошинки при особом тщательном и кропотливом исследовании, в условиях опыта, могут быть обнаружены и при выстрелах на значительно большем расстоянии. Диаметр площади рассеивания порошинок не превышает 20 см. Для большинства систем оружия он обычно меньше.

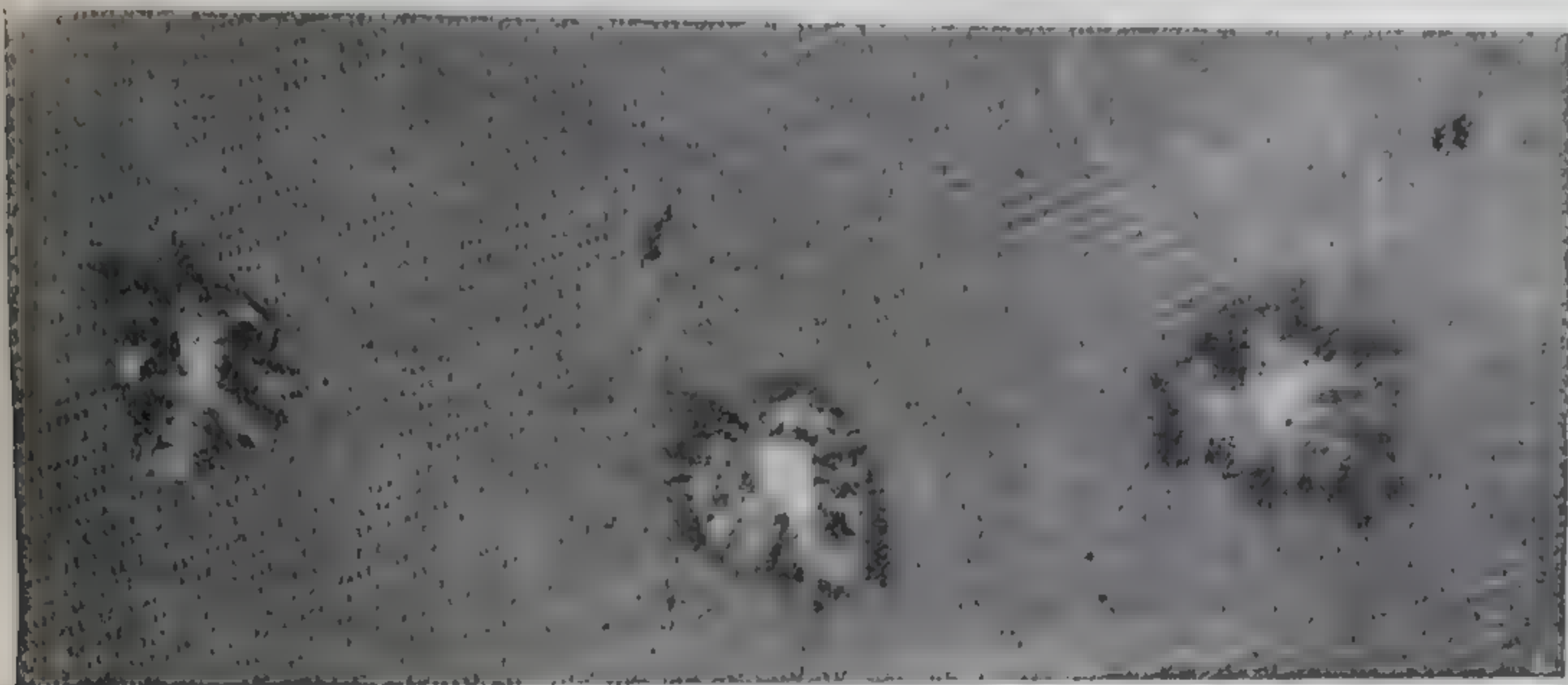
К следам близкого выстрела относится еще ряд признаков действия огнестрельного оружия, которые не так ярко выражены, труднее обнаруживаются, но тем не менее могут быть доказаны специальными методами исследования. Сюда относятся частицы капсюля, гильзы, пули, ствола и смазки канала ствола оружия и патронов.

Продукты взрывчатого разложения уносятся пороховыми газами. Последние увлекают с собой также мельчайшие металлические частички от гильзы, пули и внутренней поверхности канала ствола, которые появляются как в момент взрыва, так и от трения пули о стенки ствола.

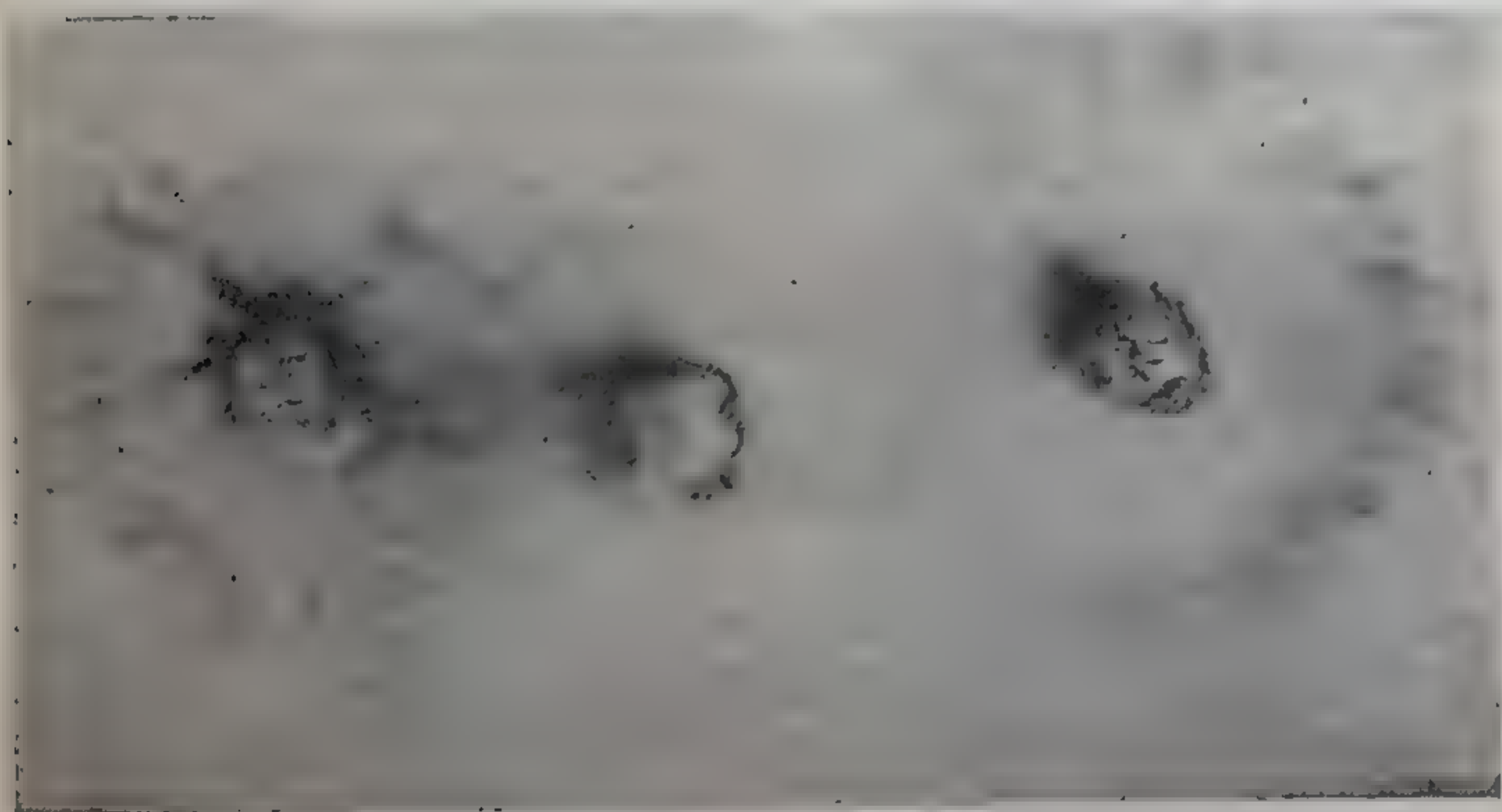
При выстрелах из хорошо смазанного, но не протертого оружия или обильно смазанными патронами капельки смазки разбрызгиваются на значительные расстояния. Наличие ружейной смазки в ободке обтирания вокруг входного пулевого отверстия может быть обнаружено соответствующим исследованием на дистанциях до 200 м и больше.

§ 26. Отложение копоти при выстрелах на дальнем расстоянии (феномен И. В. Виноградова)

В 1951 году И. В. Виноградов экспериментально доказал, что в некоторых случаях при выстрелах с расстояния свыше 1 и



63. 1-я мишень

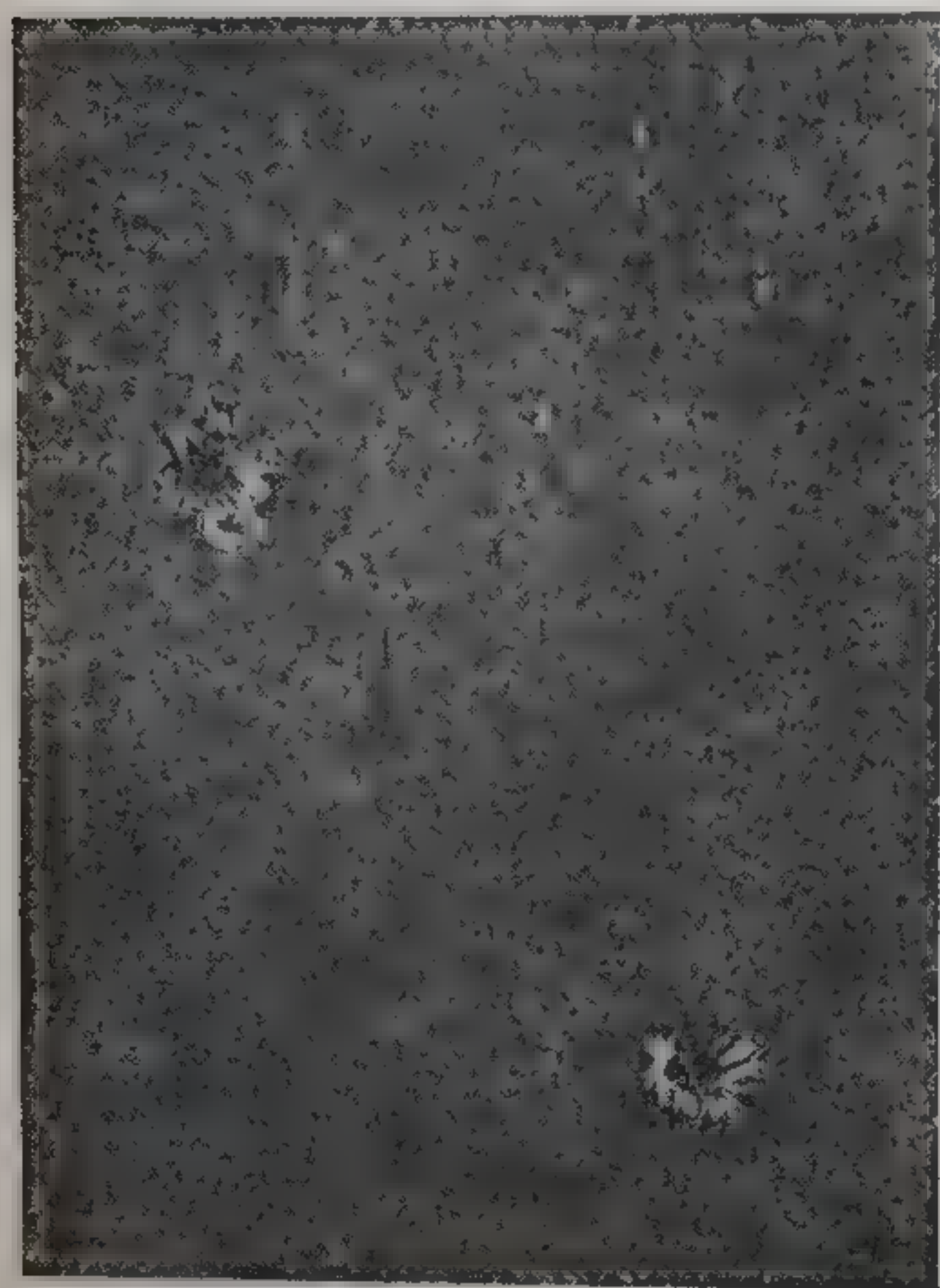


64. 2-я мишень

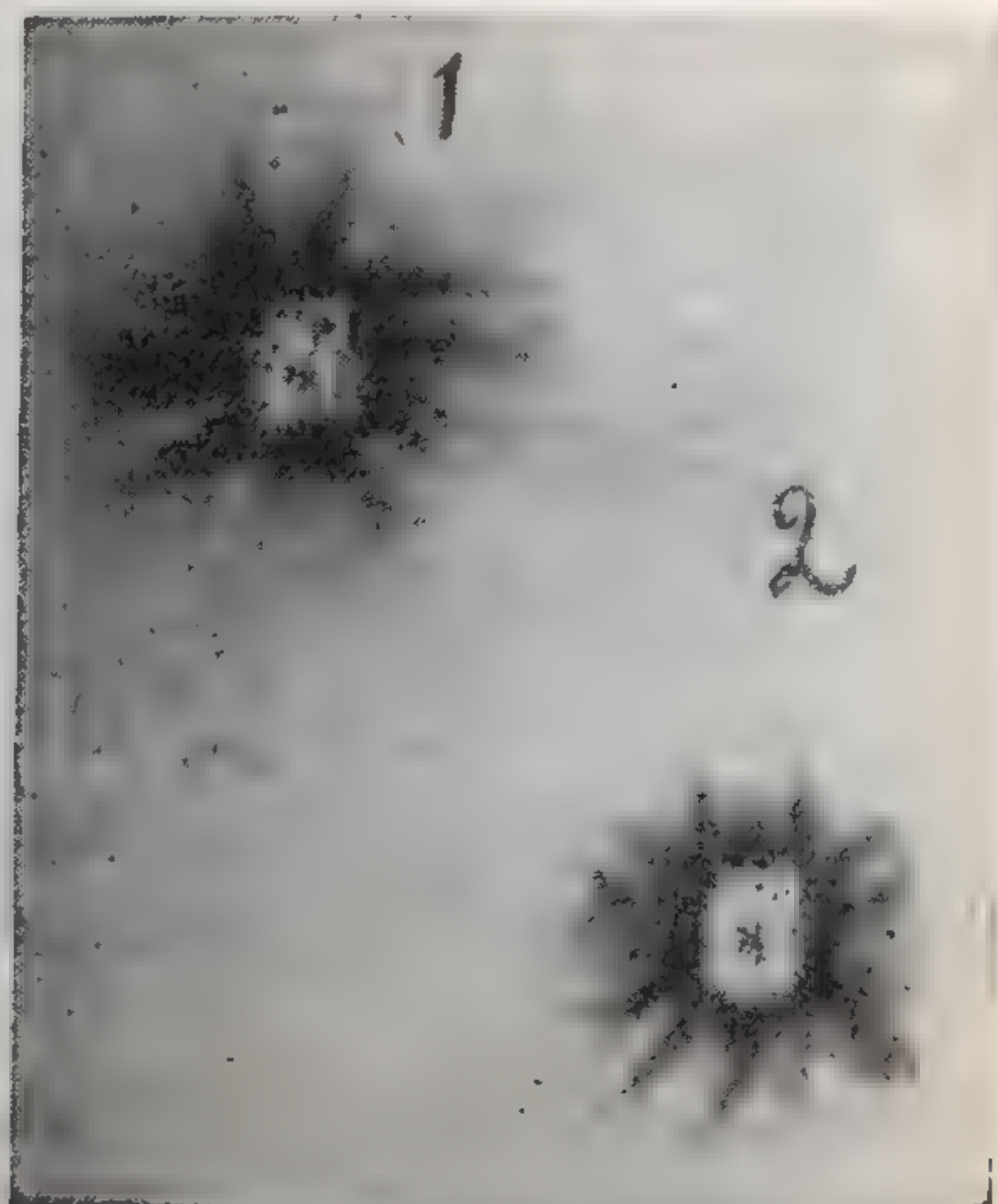
Белая хлопчатобумажная ткань. Выстрел из винтовки с расстояния 15 м

до 1000 м может отлагаться копоть и иного рода загрязнения, которые пуля несет на себе, на тканях вокруг входного пулевого

отверстия. Такое явление может наблюдаться как на одежде, так и на кожных покровах, если пуля проходит через несколько слоев ткани. На первом (верхнем) слое одежды при этом наблюдается обычный пояс обтирания шириной 1—3 мм. На втором (нижнем) слое или коже (покрытой одним слоем одежды) наблюдается отложение копоти. Ширина отложения копоти на втором слое достигает в радиусе 10—15 мм. Форма, величина и площадь отложения копоти вокруг входного отверстия при выстреле с дальнего расстояния при этом сходны



65. 1-я мишень. Шинельное сукно



66. 2-я мишень (на расстоянии 1 см за первой). Белая хлопчатобумажная ткань

Выстрел из винтовки с расстояния в 25 м

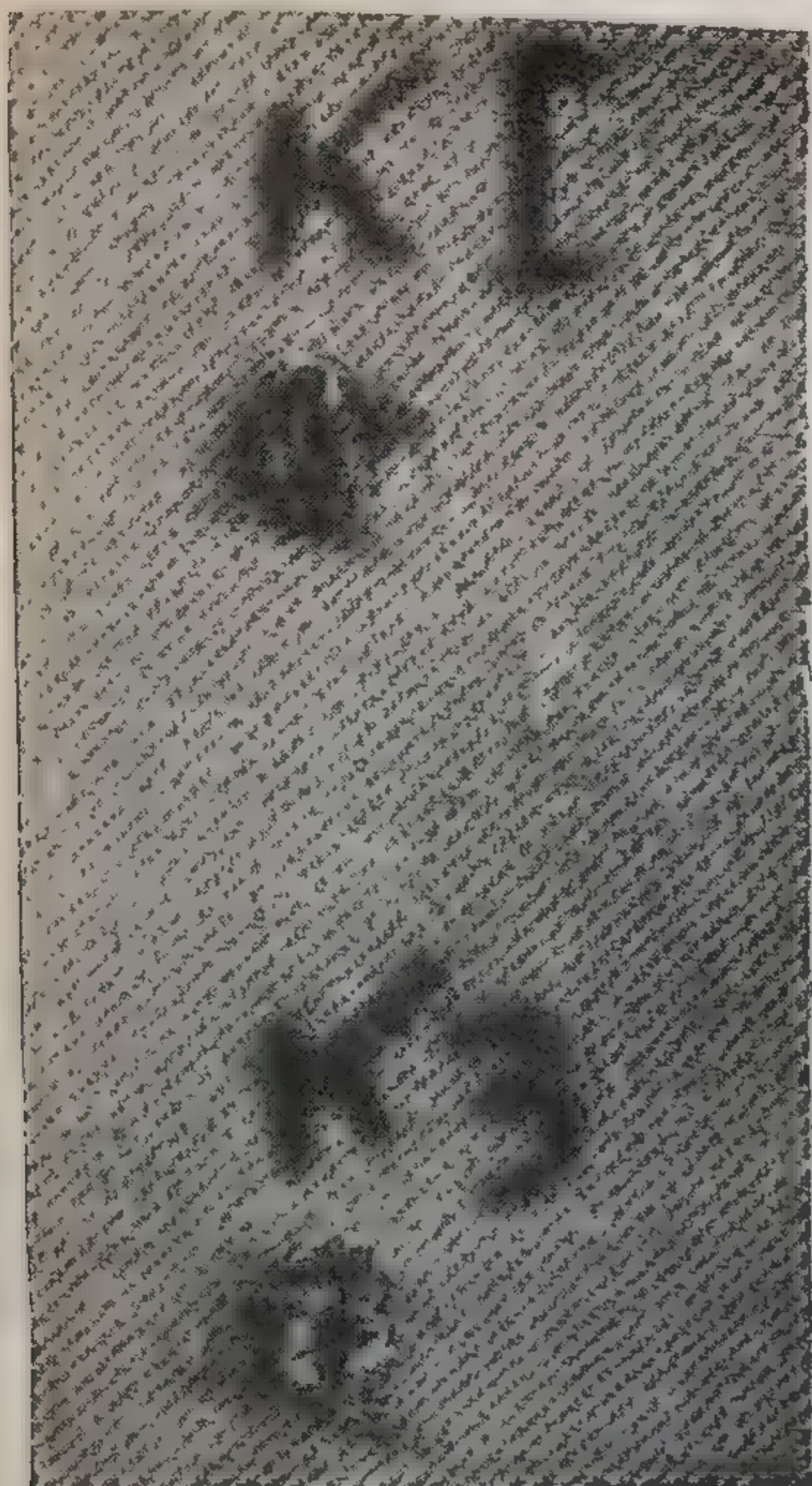
с формой и величиной отложения копоти при выстреле с близкого расстояния, но отличаются относительно меньшими размерами (рис. 63—70).

Необходимыми условиями для возможности отложения копоти на дальнем расстоянии являются:

1) большая скорость пули, что практически возможно только при выстрелах из винтовки и карабина на расстоянии от 1 до 1000 м;

2) небольшое расстояние (промежуток) между слоями одежды (от 0,5—1 до 5 см). Особенно хорошо отлагается копоть на втором слое при выстреле через влажную одежду.

Сходство в отложении копоти при выстреле с дальнего расстояния с такими же отложениями копоти на близком

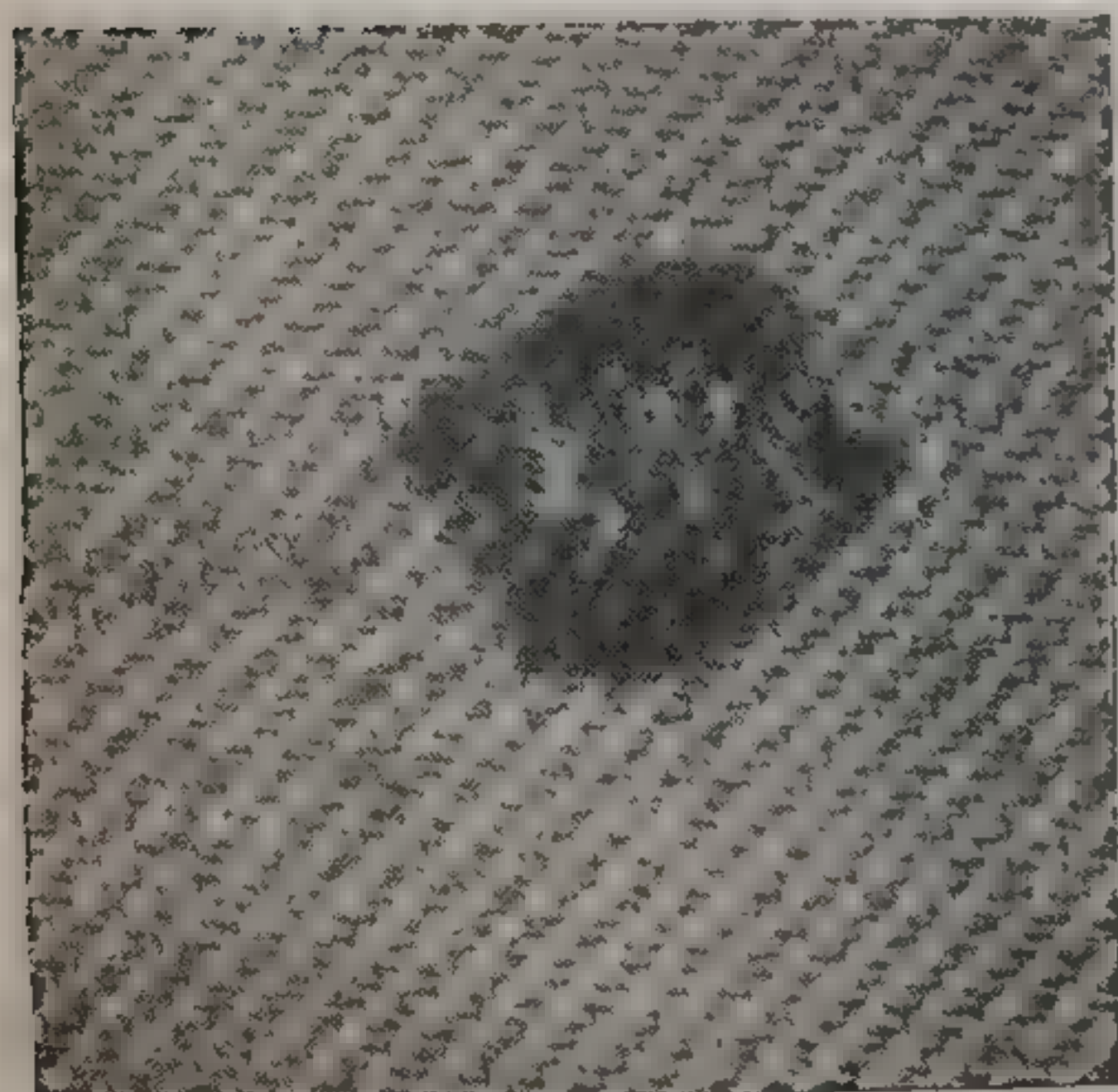


67. 1-я мишень. Хлопчатобумажная ткань летней рубашки защитного цвета

Выстрел из винтовки с расстояния в 400 м

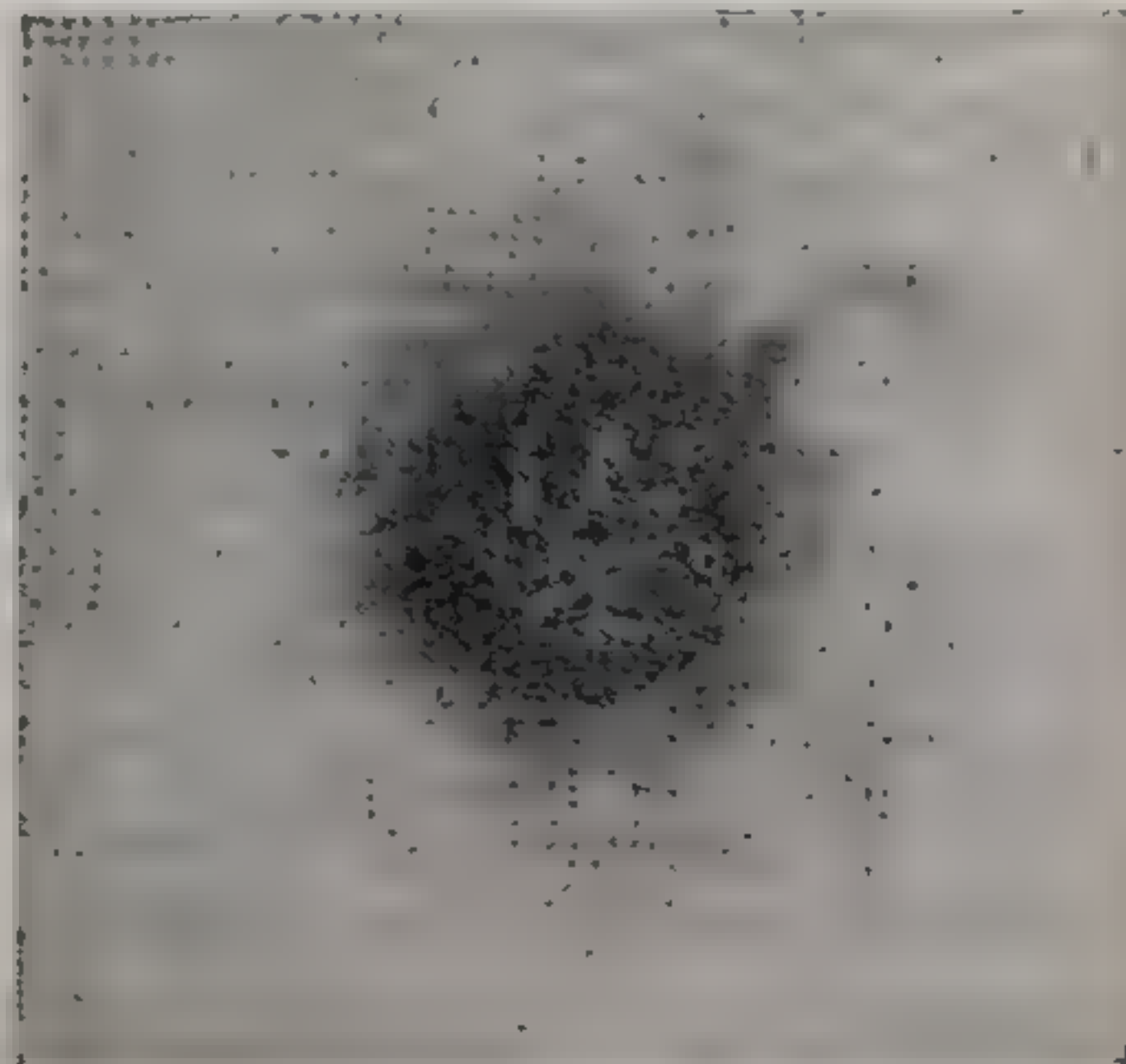


68. 2-я мишень (на расстоянии 2 см за первой). Белая хлопчатобумажная ткань



69. 1-я мишень. Хлопчатобумажная ткань летней рубашки защитного цвета

Выстрел из винтовки с расстояния в 1000 м



70. 2-я мишень (на расстоянии 1 см за первой). Белая хлопчатобумажная ткань

расстоянии может привести к неправильному определению расстояния, с которого произведен выстрел.

Полученные И. В. Виноградовым данные лишней раз свидетельствуют о сложности экспертизы огнестрельных повреждений и показывают, что вопрос о расстоянии выстрела должен решаться на основании тщательного изучения всех имеющихся признаков. Само по себе наличие только копоти (при отсутствии других следов близкого выстрела) не всегда является доказательством выстрела на близком расстоянии.

§ 27. Составные элементы огнестрельного повреждения

В огнестрельных повреждениях различают: 1) входное отверстие, 2) пулевой канал, 3) выходное отверстие. Эти три элемента составляют полное огнестрельное ранение. Такие повреждения могут возникать не только от огнестрельного оружия, но и от колющих орудий (например штыка или гвоздя) и даже тупых предметов (деревянных или металлических палок), но такие повреждения были рассмотрены ранее.

Полное огнестрельное повреждение, состоящее из входного отверстия, пулевого канала и выходного отверстия, называется сквозным огнестрельным ранением. Огнестрельное ранение, имеющее входное отверстие и пулевой канал, но без выходного отверстия, называется слепым огнестрельным ранением.

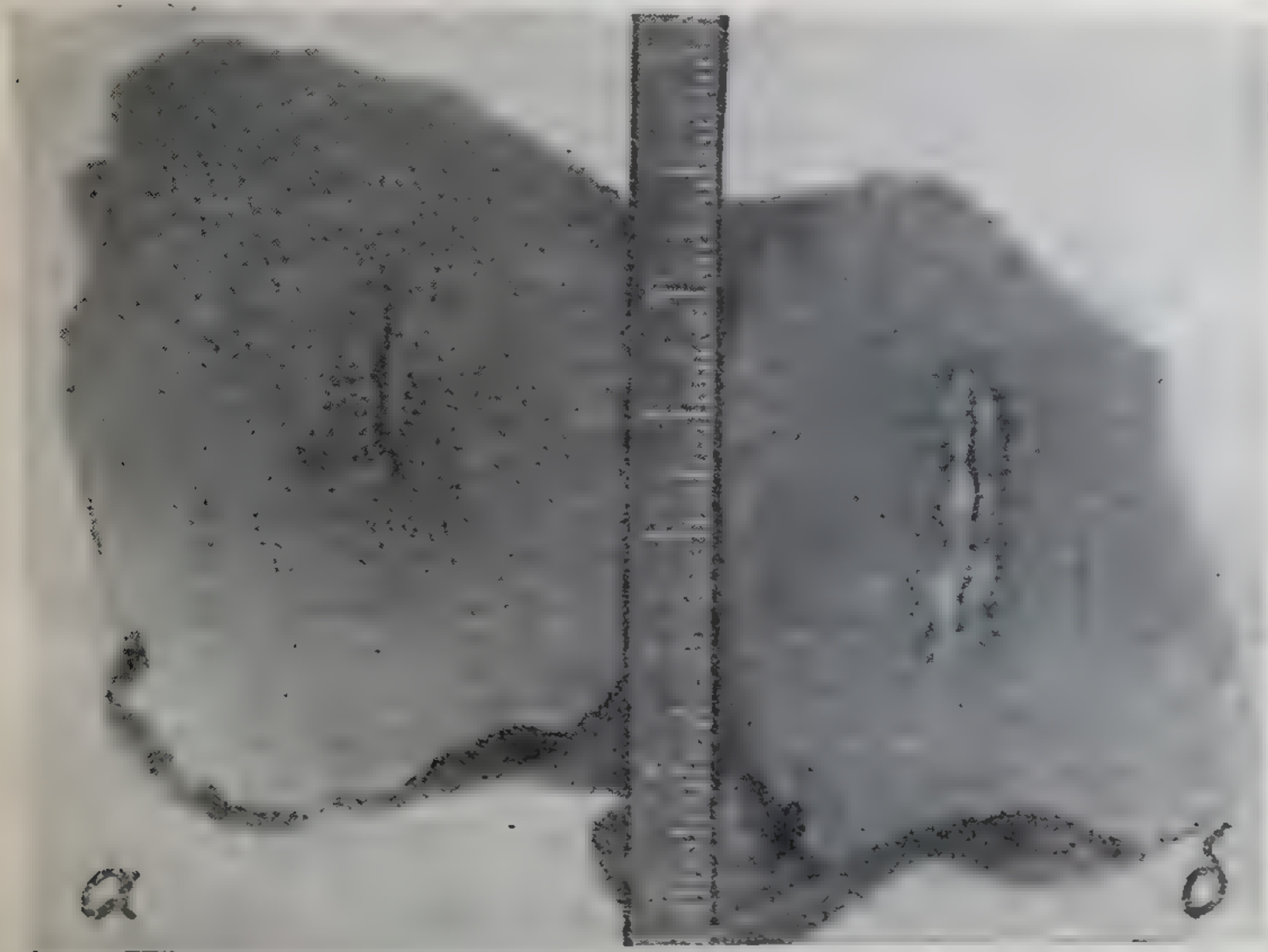
Огнестрельное ранение может состоять из одного входного отверстия без пулевого канала, когда, например, пуля пробивает кожу и останавливается непосредственно у входного отверстия под кожей. Огнестрельное ранение может не иметь и входного отверстия. Это наблюдается в тех случаях, когда пуля проходит по касательной вдоль тела, не входя в ткани, или пуля на излете только ушибает, не пробивая кожу, или же повреждение причиняется не пулей, а газами, например при холостом выстреле, когда входного отверстия может и не быть.

Следовательно, несомненное огнестрельное повреждение может не иметь ни одного из трех составных элементов. Но это не является типичным для огнестрельного повреждения, а составляет сравнительно редкое исключение. Каждый из составных элементов огнестрельного повреждения имеет свои характерные особенности, обусловленные механизмом их образования, особенно важные для входного и выходного отверстий, так как позволяют распознавать их и тем самым определять направление выстрела (рис. 71).

Входное отверстие. При выстрелах в упор и на близком расстоянии как в самой ране, так и в окружности ее имеется достаточно признаков, которые позволяют без особого труда определить, какое отверстие является входным. Ясным это бы-

вает и при слепом ранении. Когда же признаки близкого выстрела отсутствуют, то определить какое из двух отверстий является входным, не всегда легко. Для того чтобы установить признаки входного отверстия, необходимо представить себе механизм его возникновения.

Когда пуля проникает в тело, то она сначала втягивает кожу внутрь в виде воронки вследствие эластичности кожи,



/1. Входное (а) и выходное (б) отверстия в коже при выстреле из пистолета «ТТ»

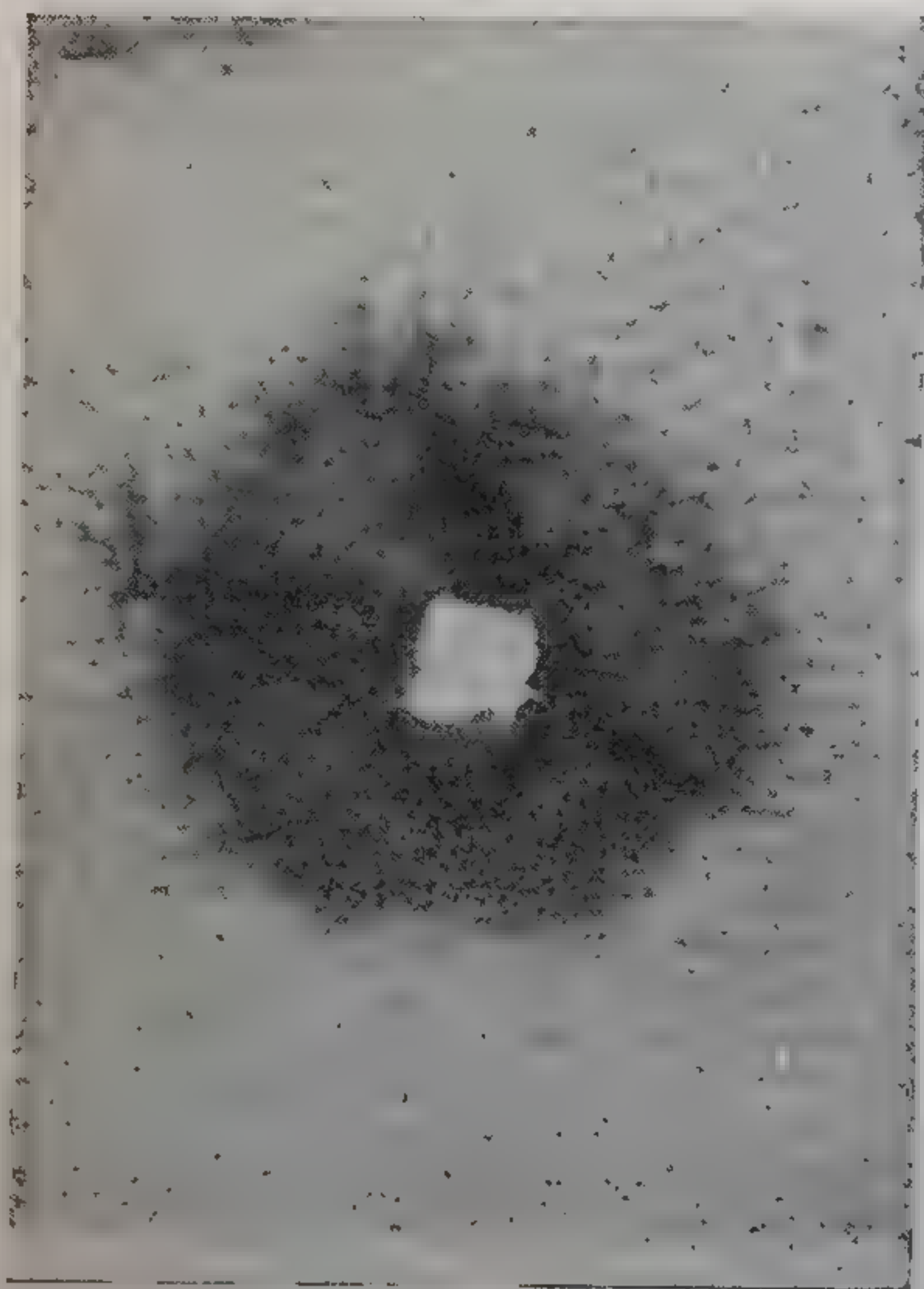
а затем пробивает, реже прорывает ее. После прохождения пули растянутая кожа вновь сокращается. При этом в коже, как правило, остается отверстие, так называемый дефект ткани.

Диаметр образовавшегося отверстия бывает меньше диаметра пули, так как пуля пробивает растянутую, эластичную кожу, которая затем вновь сокращается. Дефект ткани, таким образом, является первым признаком входного отверстия.

В тот момент, когда пуля втягивает кожу и пробивает ее, она (пуля) своей боковой поверхностью обтирается об обтягивающую ее плотно кожу и сдирает поверхностные слои кожи (эпидермис), одновременно вызывая здесь неглубокие трещины и разрывы. В результате такого воздействия пули на кожу, в окружности входного отверстия, появляется каемка красно-

бурого цвета шириной 1—3 мм. Эта каемка называется пояском осаднения (рис. 72). В первые моменты поясок осаднения влажный, сочный, но довольно быстро высыхает и становится плотным, отчего входное отверстие, а именно дефект ткани, может несколько уменьшаться в диаметре.

Форма пояска осаднения, а также и форма входного отверстия зависят от того, под каким углом пуля проникает



72. Поясок осаднения

в тело. Если пуля проникает в кожу под прямым углом, перпендикулярно к ее поверхности, то входное отверстие имеет более или менее правильную круглую форму, а поясок осаднения равномерной полоской окружает входное отверстие. Если пуля проникает в тело под тупым углом, то поясок осаднения располагается со стороны меньшего угла и имеет вид полуовала. Это дает возможность в некоторых случаях определить направление полета пули.

Поясок осаднения, следовательно, является вторым признаком входного отверстия.

Проходя по каналу ствола, пуля уносит на своей поверхности различные посторонние частички: оружейную смазку, копоть, ржавчину, мельчайшие частички металла, пыль и т. д., загрязняющие поверхность дули.

Проходя через кожу, пуля своей боковой поверхностью обтирается о края входного отверстия, где оставляет находящиеся на ее поверхности и загрязняющие ее частички. В результате вокруг входного отверстия появляется сероватый поясок, состоящий из указанных частичек, так называемый поясок обтирания или загрязнения. Он соответствует по своей величине, форме и расположению пояску осаднения и как бы наслаивается на него. Поясок обтирания хорошо бывает виден на тканях одежды. Его можно видеть на мишенях в тире или на стрельбище. Поясок обтирания — третий признак входного отверстия.

Таким образом, характерные признаки входного отверстия складываются из дефекта ткани, пояска осаднения и пояска обтирания.

Величина входного отверстия обычно меньше диаметра пули. Увеличение входного отверстия по сравнению с диаметром пули может зависеть от изменения либо формы самой пули, либо направления, а также оси полета пули. Деформация пули вызывает образование входного отверстия большей величины, чем диаметр недеформированной пули. Большой величины входное отверстие образуется и в случаях, когда пуля входит в тело под углом или же боковой своей поверхностью при изменении оси ее полета. Кроме того, большие входные отверстия от действия газов наблюдаются при выстрелах в упор. При этих условиях мы уже не увидим типичного входного отверстия со всеми его характерными признаками.

Форма входного отверстия, обычно круглая, изменяется под влиянием тех же условий. Деформированные пули дают неправильные входные отверстия разнообразной формы. Если пуля входит боковой своей поверхностью, то входное отверстие иногда может повторять форму пули или же быть неправильным. Пуля, входящая под углом, может образовать входные отверстия овальной, щелевидной формы, в виде борозды, желобка и т. п. Щелевидной формы входные отверстия могут быть и при клиновидном действии пули. Следовательно, с одной стороны, входное отверстие может быть различной величины и формы, с другой — внешний вид и детали входного отверстия при тщательном, методическом исследовании могут дать очень многое.

Выходное отверстие. Механизм образования выходного отверстия несколько иной, чем входного. Пуля, подходя к коже изнутри, выпячивает ее в виде конуса, а затем прорывает. При натяжении верхний слой кожи трескается. При ослаблении силы пули дело может этим и ограничиться. Пуля в таких случаях застревает под кожей или в коже. Кожа в области растрескивания эпидермиса подсыхает, при этом образуется буроватое плотное пятно. Это, собственно говоря, не законченное выходное отверстие, а только очертание того места, где оно должно бы быть. Если пуля частично пробила кожу и в ней остановилась, то подсыхание участка истонченного, растрескавшегося эпидермиса может симулировать пояска осаднения.

Характерной особенностью выходного отверстия является отсутствие дефекта кожи (рис. 73). При сближении краев выходного отверстия можно обнаружить, что они вполне закрывают дефект, образовавшийся при прохождении пули. Отверстия в центре, то есть отсутствие части кожи, дефекта ткани у выходного отверстия нет. Это — правило, имеющее редкие исключения. При значительном ударном действии пули, например у винтовки на недалеком

расстоянии, выходное отверстие, так же как и входное, может иметь дефект ткани.

Величина выходного отверстия зависит от ряда факторов. Помимо калибра пули и ее живой силы, на величине выходного отверстия сказываются деформации пули и пройденный ею путь, а именно те ткани, через которые пуля прошла. Чем больше калибр пули, тем больше и величина выходного отвер-



73. Выходное отверстие в коже при выстреле из пистолета «ТТ» (Туманов)

ствия. При значительном ударном действии, например у винтовки, пуля при выходе может производить обширные разрушения в виде растрескивания и разрывов кожи. Величина отверстия в таких случаях во много раз превышает калибр пули. На своем пути пуля, встречая кости, разрушает их и выталкивает перед собой. В образовании выходного отверстия в таких случаях принимает участие не только пуля, но и эти обломки костей, что влечет за собою и увеличение выходного отверстия. Проходя через твердые ткани, пуля может деформироваться, что опять-таки сказывается на увеличении выходного отверстия. Большие выходные отверстия дают также и пристрелочные пули. Несколько выходных отверстий при одном входном бывает

в тех случаях, когда пуля разрывается в теле и выходит отдельными частями.

Форма выходного отверстия может быть разнообразной. При натягивании кожи пулей изнутри кожа растрескивается и разрывается. Направление трещин и разрывов зависит от эластичности кожи, направления эластических волокон и живой силы пули. В силу этих причин форма выходного отверстия может быть чаще всего звездообразная, но бывает и в виде угла, линейная и т. п. Иногда выходное отверстие имеет правильную, линейную форму и может быть принято за колотую рану.

Отличие входного отверстия от выходного. Направление выстрела не может быть установлено без разрешения вопроса о том, какое из двух огнестрельных ранений является входным, какое выходным, что в практике встречает иногда значительные трудности. Характерные признаки того или иного отверстия могут отсутствовать, быть неясно выраженными или неправильно

расцениваться. Для правильного распознавания отверстий имеют значение различные факторы. Поэтому правильная диагностика должна быть основана на критической оценке каждого отдельного признака и их совокупности. Затруднения могут иметь место не только при выстрелах на дальнем расстоянии, но и при близких выстрелах. Это встречается в тех случаях, когда выстрел произведен через одежду, которая отсутствует, приведена в негодность или залита кровью. Признаки близкого выстрела иногда могут быть выражены очень слабо или уничтожены обмыванием раны и т. д.

В практике приходится встречаться с попытками обосновать определение входного и выходного отверстий величиной их, характером краев (вывороченные, завернутые) и т. п. Поэтому необходимо остановиться на значении отдельных признаков.

Величина отверстий не может служить основанием для отличия входного отверстия от выходного. Как правило, входное отверстие меньше выходного, но это правило имеет много исключений.

Выходное отверстие может быть по величине одинаковым с входным и может быть меньше. Форма входного и выходного отверстий бывает столь разнообразна, что основываться на форме отверстий нельзя, особенно это относится к боевым ранениям осколками снарядов, мин, гранат. К тому же огнестрельные повреждения могут быть приняты за повреждения от других орудий.

Поясок осаднения является более постоянным признаком входного отверстия, но иногда он может быть слабо выражен или отсутствовать совершенно, особенно при клиновидном действии пули. С другой стороны, поясок осаднения может наблюдаться и у выходного отверстия, особенно в тех случаях, когда в месте выхода пули к коже прилегал плотный предмет, например спинка скамьи. В этих случаях возникают не поясок осаднения, а изменения эпидермиса, очень сходные с ним, возникающие от ушиба эпидермиса с последующим подсыханием.

Поясок обтирания также может быть слабо выражен или отсутствовать у входного отверстия, но он не может быть у выходного отверстия.

Вдавление краев входного отверстия наблюдается редко в силу эластичности кожи, и этому признаку нельзя придавать значения. Иногда края входного отверстия могут быть даже вывернуты наружу. Края выходного отверстия чаще бывают вывернутыми, но тоже не всегда. Этот признак сам по себе, следовательно, также не может служить для отличия входного отверстия от выходного, особенно на загнивших трупах с развитием газов в подкожной клетчатке.

Выхождение в отверстия глубже лежащих тканей наблюдается и через входное и через выходное отверстия. Так, при сквозных огнестрельных ранениях черепа вещество мозга можно видеть у обоих отверстий. У входного даже, пожалуй, чаще. Большое диагностическое значение имеет обнаружение мелких осколков костей под кожей, которые, как правило, бывают у выходного отверстия и очень редко в области входного отверстия.

Частишки тканей одежды в отверстиях или в начале пулевого канала характерны для входного отверстия. Нужно иметь, однако, в виду, что при коротком пулевом канале, например в конечностях, частишки тканей (нитки, шерстинки) могут проталкиваться пулей до выходного отверстия.

Металлизация краев отверстий может служить для отличия входного отверстия от выходного. Мельчайшие частишки металлов (свинца, меди, никеля, железа, ртути), остающиеся в области пояса обтирания, обнаруживаются при помощи специальных методов исследования.

Абсолютных и постоянных признаков отличия входного отверстия от выходного, как мы видим, не существует. В каждом конкретном случае заключение выносится на основании анализа отдельных характерных признаков.

Пулевой канал. Путь, проделанный пулей в теле, называется пулевым, или огнестрельным, каналом. Исследование пулевого канала на трупе и у живого человека дополняет осмотр огнестрельных отверстий и позволяет ответить на многие недоуменные вопросы, оставшиеся неразрешенными при наружном осмотре, в частности: о входном и выходном отверстиях, то есть о направлении выстрела, о типе оружия и боеприпасов, положении потерпевшего в момент получения повреждения и т. д. Пулевой канал может быть открытым или закрытым. Открытый пулевой канал возникает в случаях, когда пуля проходит поверхностно в тканях и проделывает в них открытый ход в виде желоба или канавки. Такие пулевые каналы встречаются редко и наблюдаются обычно в тех местах, где под кожей близко расположена кость, например в области черепа. Чаще, однако, приходится иметь дело с закрытыми пулевыми каналами, проходящими более или менее глубоко в тканях тела.

Направление пулевого канала может быть различным в зависимости от ряда условий. Особенности пулевого канала устанавливаются при вскрытии трупа. Не всегда направлением пулевого канала является прямая линия, соединяющая входное и выходное отверстия, так как пуля уже в теле может менять свое направление. В этих случаях пулевой канал не совпадает с направлением выстрела. Все же самым частым будет прямолинейное направление пулевого канала, когда он про-

ходит по прямой линии, соединяющей оба огнестрельных отверстия.

Закрытые пулевые каналы можно разделить на прямые и не прямые. Прямые пулевые каналы, в свою очередь, бывают непрерывными и прерывистыми. Непрерывные каналы можно проследить на всем протяжении от входного до выходного отверстия без какого-либо перерыва, несмотря на то, что канал может проходить через различные органы и ткани. Прямой прерывистый канал проходит в различных органах и тканях, но в результате последующего смещения органов по отношению друг к другу такой канал распадается на ряд отрезков, что осложняет иногда определение направления выстрела.

Непрямые каналы возникают в случаях, когда пуля, войдя в тело и встречая препятствие в виде плотных тканей (костей), изменяет свое первоначальное направление. Непрямые каналы бывают также непрерывными и прерывистыми. В последнем случае восстановление их представляет не меньшие, а, пожалуй, большие трудности, чем при прямых прерывистых каналах. Изменение направления в не прямых каналах может произойти под любым углом. В одном случае убийства пуля проникла со спины в позвоночник, прошла по спинномозговому каналу вверх через мозг, теменную кость и застряла под кожей теменной области.

Отклонение пули может произойти в различных направлениях, под различными углами, при этом иногда бывает неоднократное отклонение пули в теле с образованием вторичного пулевого канала. В одном случае, при выстреле в правую височную область, пуля, проделав канал в лобных долях мозга и ударившись о левую височную кость, скользнула между костями и твердой мозговой оболочкой и выдавила кость на ограниченном участке в области затылка. Отскочив от этого препятствия пуля вторично вошла в мозг, проделала ход до левого бокового желудочка, где и остановилась. В некоторых случаях пуля, пробив кожу, проходит под кожей по прямой линии или по дуге. В последнем случае пулевой канал называется опоясывающим. Опоясывающие каналы наблюдаются в области головы, реже — груди и шеи. В одном случае самоубийства, при выстреле в правое ухо, пуля обошла вокруг черепа сзади и вышла в области левой щеки.

Внешний вид пулевого канала и его форма зависят от того, в каких тканях и органах он проходит. Просвет канала или его полость хорошо бывают выражены в костях. В менее плотных тканях стенки канала после прохождения пули в большей или меньшей степени спадаются. Полость канала заполняется кровяными свертками и разрушенными, пропитанными кровью тканями. В некоторых тканях, поддающихся растяжению

(легких, мышцах, петлях кишок и др.), просвет канала или его отверстия обнаруживаются при растягивании и расправлении их. Почти невозможно проследить пулевой канал в пропитанной кровью жировой клетчатке.

Особенное значение имеет пулевой канал в так называемых плоских костях. К ним относятся кости черепа, таза, лопатки. В этих костях особая форма пулевого канала обусловлена строением кости. Плоские кости состоят из двух тонких костных пластинок, между которыми находится губчатое вещество. Проходя через плоскую кость, пуля пробивает в наружной пластинке круглое отверстие, равное или несколько меньшее диаметра пули.

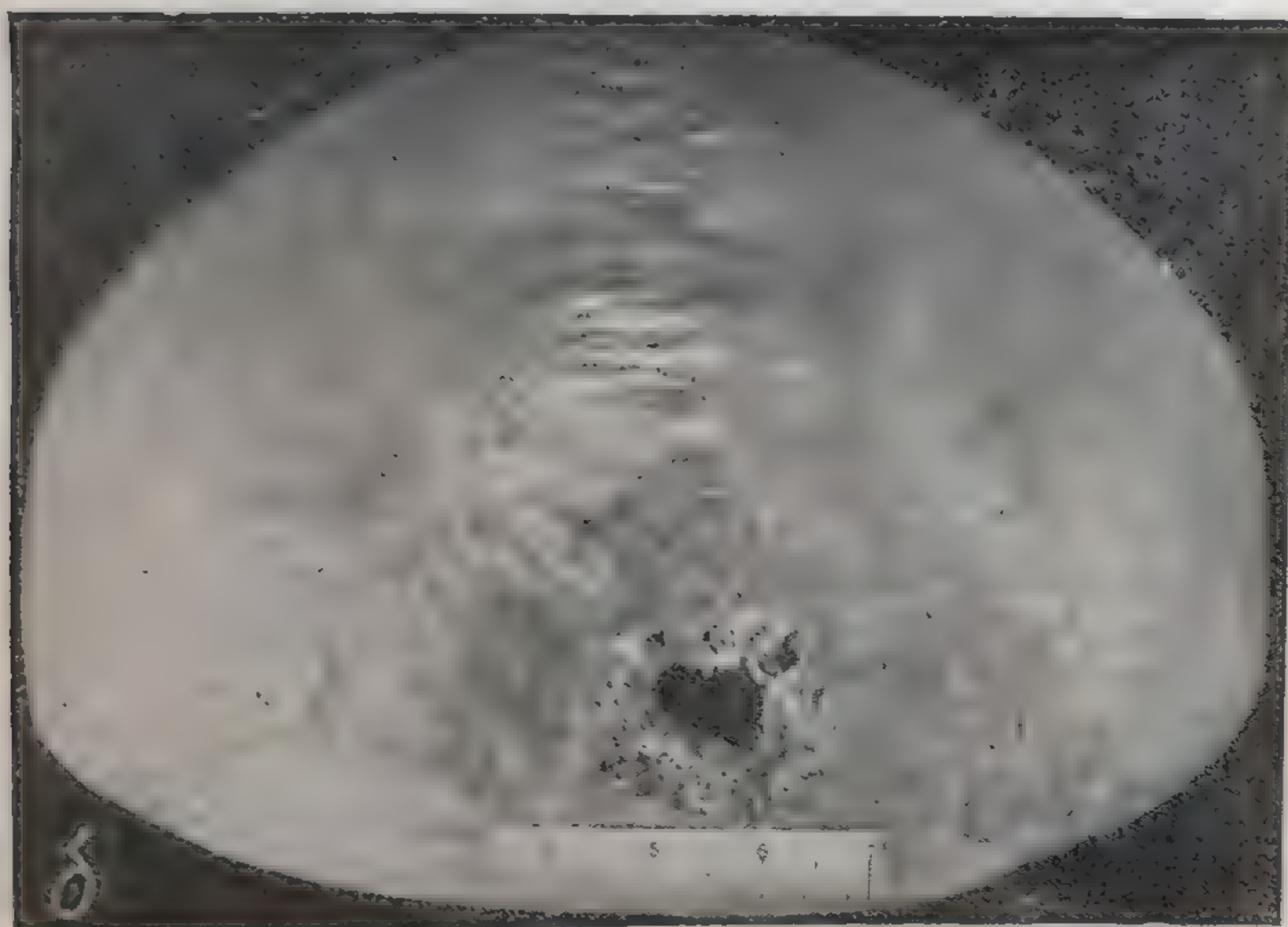
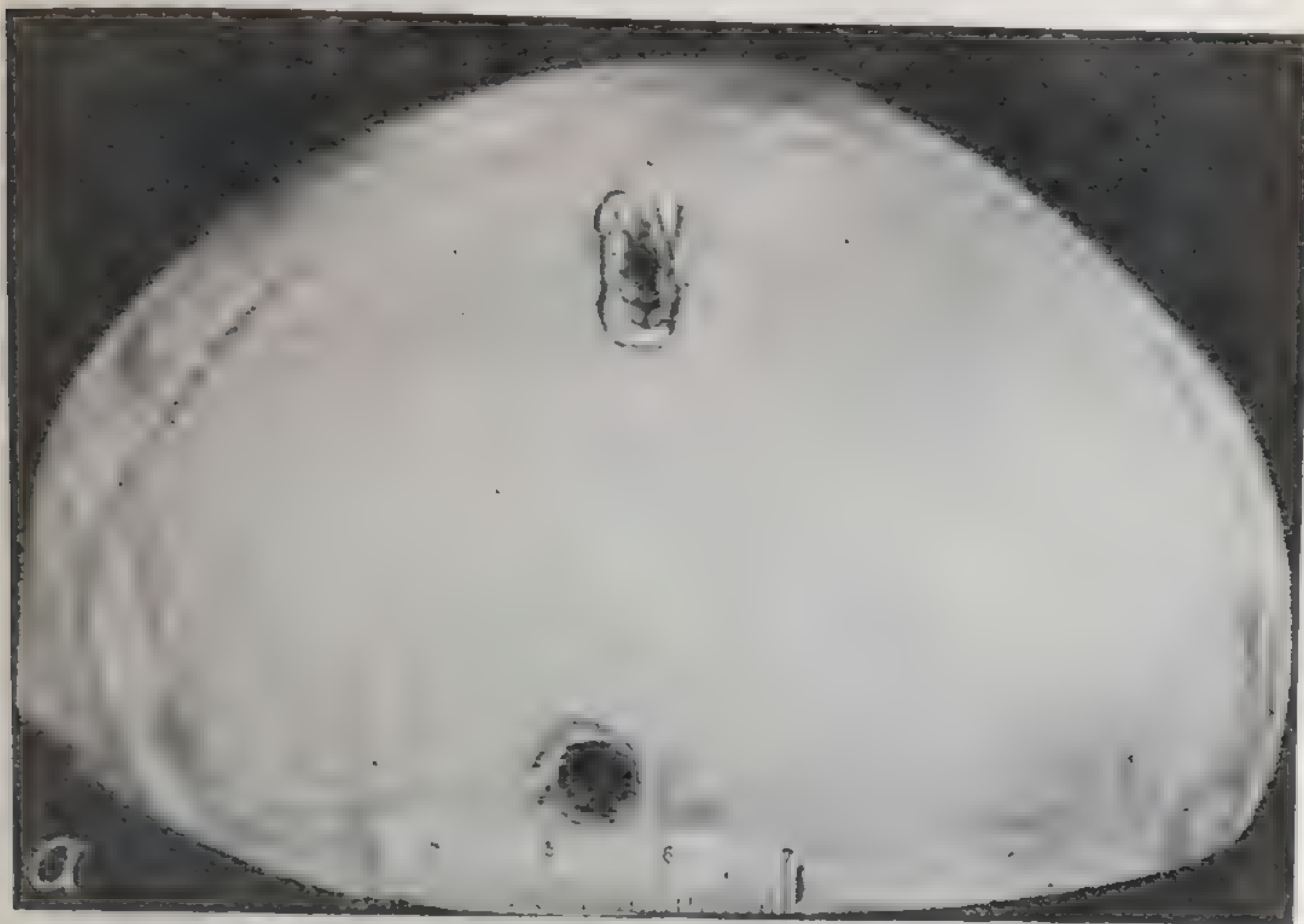
Отверстие же во внутренней пластинке кости выбивается значительно большего диаметра. Поэтому пулевой канал в плоской кости имеет вид усеченного конуса, обращенного широким основанием в сторону полета пули. Это дает возможность при осмотре пулевого канала в плоских костях определить, с какой стороны входила пуля, и, следовательно, решить вопрос о входном и выходном отверстиях, то есть о направлении выстрела, даже и в тех случаях, когда труп разложился и мягкие ткани сгнили (рис. 74).

В отдельных случаях затруднения в определении входного и выходного отверстий объясняются тем, что пуля отламывает кусочки наружной пластинки у входного отверстия. В очень тонких плоских костях, которые состоят из одной костной пластинки (центральная часть лопатки), такой характерной картины также не наблюдается.

В пулевом канале могут быть обнаружены копоть и порошинки. В небольшом количестве они могут находиться и при выстрелах на дальнем расстоянии, когда они могут быть занесены в пулевой канал пульей.

Слепые огнестрельные ранения. Слепые огнестрельные ранения состоят из входного отверстия и пулевого канала, которые имеют те же особенности, что и при сквозном огнестрельном ранении. Пуля может находиться либо в конце пулевого канала, либо на его протяжении. Иногда же пуля, попадая, например, в такие органы, как кишечник, желудок, кровеносные сосуды, обнаруживается на значительном удалении от пулевого канала, передвигаясь по просвету активными сокращениями стенок органа или током крови (в сосудах).

Возникновение слепого пулевого канала объясняется недостаточной пробивной способностью пули. Недостаточная пробивная способность пули наблюдается при выстрелах с дальней дистанции, при рикошетах или зависит от большой массы пробиваемых тканей.



74. Входное (а) и выходное (б) отверстия в костях черепа

Слепые ранения бывают и при выстрелах из военного оружия (например, револьвера системы «Наган») в упор или на близком расстоянии. Карманные пистолеты и револьверы (старые револьверы «Бульдог», пистолеты системы «ТК») очень часто дают слепые огнестрельные ранения, особенно при выстрелах в голову, грудь.

При слепых огнестрельных ранениях необходимо всегда извлекать пулю.

Обнаружение пули в теле на первый взгляд не должно представлять затруднений. На самом деле это не всегда так. Хотя пуля и должна находиться в пулевом канале, иногда обнаружить ее бывает чрезвычайно трудно. В полостных органах: желудке, сосудах — пуля может продвинуться, как было сказано, на значительное расстояние. Огнестрельное повреждение жировой клетчатки сопровождается обильным кровоизлиянием, что в значительной степени затрудняет обнаружение пули.

Когда при огнестрельном повреждении бывают обильные кровоизлияния в полости (грудную, черепную, брюшную), пуля, находящаяся в массах кровяных свертков, иногда удаляется вместе с ними или выпадает с кровью при вскрытии трупа. Особенно трудно найти пулю в костях. В случае самоубийства одной женщины, покончившей выстрелом из револьвера модели «Смит и Вессон», пулевой канал проходил через грудину, аорту и заканчивался у позвоночника. После долгих поисков распилили позвоночник и обнаружили в теле позвонка распиленную пополам свинцовую пулю.

Если есть возможность, то для поисков пули следует прибегнуть к рентгеновскому исследованию.

Решение частных судебно-медицинских вопросов при огнестрельных повреждениях.

Если установлено, что повреждение нанесено огнестрельным оружием, то прежде всего приходится разрешить следующие три основных вопроса:

- 1) на каком расстоянии произведен выстрел; 2) где входное и выходное отверстия (каково направление выстрела); 3) из какого вида оружия произведен выстрел.

От решения этих основных вопросов зависит дальнейшая детализация каждого конкретного случая.

Определение дальности расстояния выстрела. Огнестрельные повреждения наносятся с различных дистанций, и определение расстояния, с которого был произведен выстрел, уже само по себе исключает определенные версии. Так, если установлено, что выстрел произведен не с близкого расстояния, то это обстоятельство исключает возможность самоубийства.



Рис. 74а. Выстрел в упор из пистолета образца 1933 г.

В судебно-медицинской практике различают следующие дистанции: выстрел в упор, выстрел с близкого расстояния и выстрел с неблизкого, или дальнего расстояния. То или иное расстояние характеризуется определенными признаками.

Выстрел в упор. Под выстрелом в упор понимают выстрел из оружия, приставленного вплотную дульным срезом ствола к поверхности тела. При этом возможно несколько вариантов соприкосновения дульного среза с поверхностью тела: 1) оружие плотно приставлено к поверхности тела, 2) оружие касается поверхности тела, 3) дульный срез оружия приставлен под углом. Кроме того, выстрел в упор возможен через одежду или со специальной целью через особые прокладки. Картина выстрела при различных вариантах в упор будет неодинакова. Здесь будут рассмотрены признаки выстрела в упор в не защищенную одеждой или специальными прокладками часть тела.

При выстреле в упор на ткани, кроме пули, действуют и пороховые газы, отчего входное отверстие приобретает характерные особенности. При выстреле в упор из оружия, приставленного вплотную к поверхности тела, вслед за пулей в пулевой канал проникают пороховые газы, копоть и порошинки. Пулевой канал, таким образом, является как бы продолжением канала ствола. Газы, выйдя из канала ствола, не встречают, естественно, такого сопротивления со стороны мягких тканей пулевого канала и, расширяясь, подрывают и разрыхляют ткани под кожей в начале пулевого канала. Давлением газов кожа приподнимается и разрывается. Входное отверстие при выстреле в упор приобретает благодаря этому характерный вид. В центре имеется дефект ткани обычно округлой формы, от которого отходят один или несколько надрывов кожи (рис. 75).

Таким образом, одним признаком входного отверстия при выстреле в упор является разрыв краев входного отверстия. Признак этого непостоянен. Возникновение разрывов кожи зависит от калибра и системы оружия, месторасположения раны, эластичности кожи. Чем больше заряд пороха в патроне, тем большее количество газов образуется и выше их давление, следовательно, и больше возможность разрыва кожи. Пистолет модели «ТК» редко дает разрывы кожи, а если дает, то меньшей величины, чем, например, пистолет образца 1933 года «ТТ» и револьвер образца 1895 года «Наган». Винтовки дают большие разрушения, чем пистолеты или револьверы.

Если выстрел производится в такую часть тела, где под кожей близко расположена кость, например в область виска или передней поверхности голени, то газы, войдя под кожу и встречая препятствие в виде плотной костной ткани, распространяются под кожей, приподнимают ее и разрывают. Выстрел, произведенный в такую часть тела, где под кожей расположена

толстая прослойка мягких тканей, клетчатки, мышц, может дать иную картину. Газы, не встречая сопротивления, прорываются внутрь и могут не вызвать разрыв кожи, ограничиваясь большим или меньшим расширением входного отверстия. Это наблюдается и при выстрелах из такого оружия, как винтовка.

У молодых, крепких субъектов с эластичной кожей разрывы кожи при выстреле в упор возникают не так легко и бывают выражены слабее, чем у пожилых, истощенных людей с тонкой, атрофичной кожей. При выстрелах из оружия, приставлен-



75. Входные отверстия при выстреле в упор из пистолета

ного под углом или только касающегося поверхности тела, разрывы кожи при прочих равных условиях будут выражены несколько слабее.

Разрывы краев входного отверстия наблюдаются не только при выстреле в упор, правда, не как правило, а как исключение. Револьверы и пистолеты могут давать разрывы при выстрелах на расстоянии 1—2 см, винтовки — до 5—9 см.

Копоть и порошинки при выстреле в упор из плотно приставленного оружия прорываются вместе с газами в пулевой канал, где и могут обнаруживаться не только на значительном расстоянии от входного отверстия, но проникать до выходного отверстия и даже выходить через него. Копоть откладывается на внутренних краях входного отверстия и под кожей, где обнаруживается в большом количестве. Так, при выстреле в грудь

из револьвера образца 1895 года «Наган» (самоубийство) порошинки и копоть были обнаружены по ходу пулевого канала на сердце, диафрагме и желудке.

При выстреле в голову приходилось наблюдать копоть на внутренней поверхности черепа у выходного отверстия. Что же

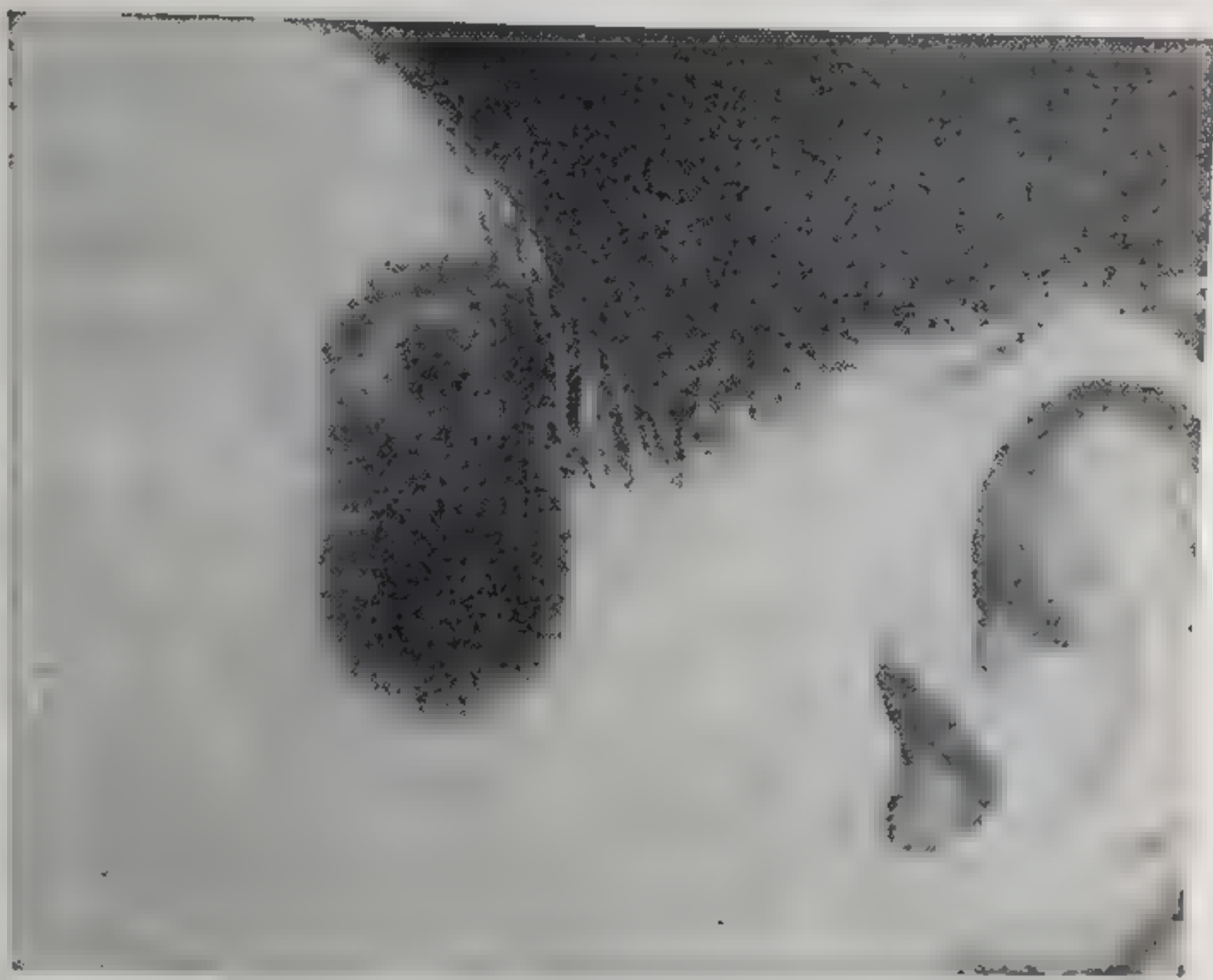
касается поверхности кожи вокруг входного отверстия, то она при выстреле в упор, как правило, не несет следов копоти и порошинок. Если оружие только касается поверхности тела, часть газов, а следовательно, копоти и порошинок, прорывается между кожей и дульным срезом, при этом часть копоти оседает на кожу и образует площадь закопчения сравнительно небольшого диаметра — от нескольких миллиметров до 1 см и больше. Выстрел из оружия, приставленного под углом, дает площадку закопчения со стороны открытого угла, величина и форма которой зависят от величины угла между дульным срезом и кожей.

При выстреле в упор из плотно приставленного к телу оружия газы вздувают кожу, прижимают ее к стволу, отчего на

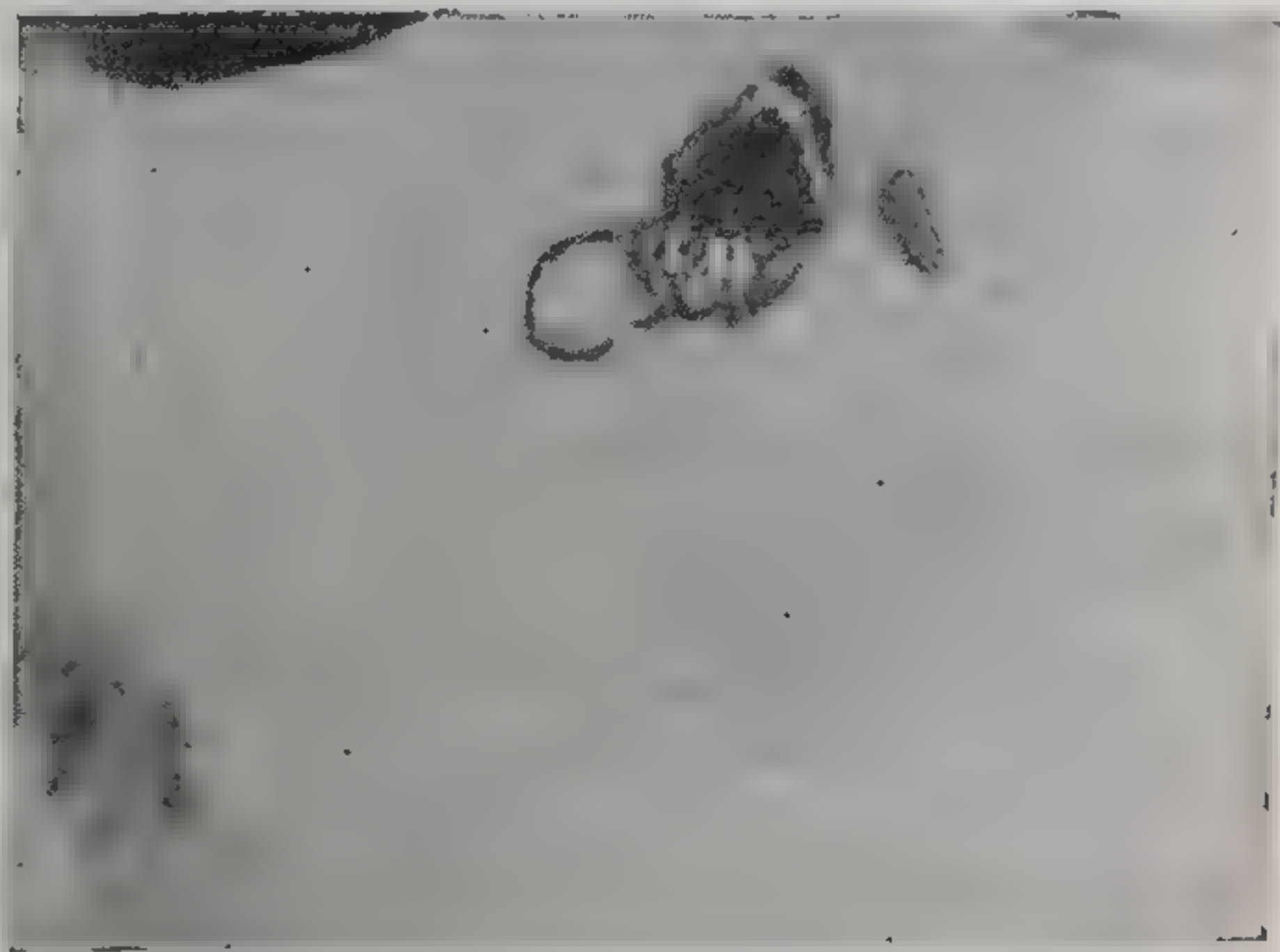
коже появляется отпечаток дульного среза, иногда даже с мушкой. Отпечаток дульного среза, яв-

ляясь безусловным признаком выстрела в упор, может указывать, кроме того, и на положение оружия, давая основание иногда делать заключение о возможности или невозможности выстрела собственной рукой. (рис. 76, 77).

Пороховые газы содержат большой процент окиси углерода. Проникая в пулевой канал, окись углерода соединяется с гемо-



76. Выстрел в упор из пистолета. Отпечаток дульного среза



77. Входное отверстие. Отпечаток дульного среза с намушником. Выстрел в упор

глобином крови и дает особое соединение — карбоксигемоглобин. Карбоксигемоглобин придает тканям в области входного отверстия (мышцам, крови) ярко-красную, алую окраску. Присутствие карбоксигемоглобина указывает прежде всего на входное отверстие. Иногда такое красное окрашивание тканей может наблюдаться и у выходного отверстия. При совокупности данных наличие ярко-красного окрашивания тканей подтверждает выстрел на очень близком расстоянии или в упор. Таким образом, признаки выстрела в упор можно разделить на безусловные и относительные. К безусловным относится отпечаток дульного среза, к относительным, но весьма характерным — разрывы краев входного отверстия, наличие копоти и порошинок по ходу пулевого канала, ярко-красное окрашивание тканей в области входного отверстия (наблюдается и при выстрелах с очень близкого расстояния).

Выстрелы с близкого расстояния. О выстреле с близкого расстояния говорят в тех случаях, когда в окружности входного отверстия обнаруживаются признаки действия пламени, копоти и порошинок.

Так как современное боевое и небоевое оружие снабжается патронами с бездымным порохом, при котором температурное действие газов проявляется не всегда, то диагностическое значение приобретают два последних признака — копоть и порошинки. Наличие их дает возможность судить о расстоянии, с которого произведен выстрел.

У различных типов оружия следы близкого выстрела выявляются на расстоянии до 1 м (100 см).

Дымный порох. При выстрелах из револьверов старых систем и прежними патронами с дымным порохом, из револьвера образца 1895 года «Наган» пламя действует на расстоянии до 20—25 см.

На расстоянии до 10—15 см пламя вызывает ожог кожи, воспламенение тканей одежды, далее — тление и, наконец, побурение одежды, волос.

Копоть наблюдается при выстрелах на расстоянии до 40 см. На очень близких расстояниях копоть в центре — интенсивно-черного цвета. К периферии и по мере увеличения расстояния — слабеет. В окружности диаметром в среднем около 10—11 см площадь закопчения с увеличением расстояния уменьшается.

Порошинки обнаруживаются в пределах 100 см; до 80 см порошинки заметны хорошо, от 80 до 100 см заметны слабо.

Бездымный порох. Следы близкого выстрела от бездымного пороха в настоящее время имеют значительно большее практическое значение. Пределы, в которых колеблется действие следов близкого выстрела современного боевого и небоевого

Таблица

Наименование оружия	В упор	Близкое расстояние	
		копоть	порошинки
3-линейная винтовка образца 1891/30 гг. Обычные патроны	Разрывы кожи и тканей одежды возможны и наблюдаются до расстояния 10 см; как правило, наблюдается и венчик копоти шириной до 4—5 см вследствие прорыва газов между мишенью и дульным срезом	Светло-серого цвета, хорошо заметна до расстояния 15 см и слабо до 25 см. При выстрелах с расстояния свыше 25 см копоть уже не видна	Хорошо заметны в окружности входного отверстия до расстояния 50 см. Свыше 50 см, до 100 см встречаются лишь единичные
Самозарядная винтовка образца 1940 г.	Разрывы тканей одежды и кожи наблюдаются в значительно меньшей степени, чем при выстрелах из винтовки образца 1891/30 гг. В окружности входного отверстия виден лучистый венчик копоти радиусом до 3—4 см	Хорошо заметна до расстояния 10—15 см и еле заметна на расстоянии 20 см. При выстрелах с дистанции свыше 20 см копоть уже не видна	Хорошо заметны на расстоянии до 25 см. На расстоянии от 30 до 50 см в окружности входного отверстия можно заметить единичные порошинки. От 70 до 100 см единичные порошинки обнаруживаются с трудом. При выстрелах на расстоянии свыше 1 м отсутствуют
Пистолет-пулемет образца 1940 г. («ППД»)	Разрывы тканей одежды и кожи только при выстрелах в упор	Хорошо видна при выстрелах до расстояния 15 см. От 15 до 20 см слабо заметна. При расстоянии свыше 20 см отсутствует	Хорошо заметны до расстояния в 20 см. При расстоянии в 30 см обнаруживаются единичные в окружности входного отверстия. При выстреле с расстояния 50 см и выше обнаружить их уже нельзя

Наименование оружия	В упор	Близкое расстояние	
		копоть	порошинки
Пистолет-пуле- мет образца 1941 г. («ППШ»).	Разрывы тканей одежды очень ограниченные и не всегда. Раз- рывов кожи не наблюдается	Хорошо видна при выстрелах с расстояния до 10 см, еле за- метна при рас- стоянии 15 см и отсутствует при выстрелах с расстояния в 20 см	Хорошо заметны на расстоянии до 10 см, слабо — при выстрелах от 10 до 20 см. От 20 до 30 см заметны еди- ничные. При рас- стоянии свыше 30 см отсутствуют
Пистолет об- разца 1933 г. («ТТ»)	Разрывы одежды и кожи только при выстрелах в упор. Разры- вы, аналогич- ные таким же при выстрелах из «ППД»	Хорошо видна до расстояния 15 см, от 15 до 30 см слабо за- метна. При вы- стрелах с рас- стояния свыше 30 см отсутст- вует	Хорошо заметны до расстояния в 20 см. При 30 см расстоя- ния обнаружи- ваются единичные. При выстрелах с расстояния в 50 см и выше порошин- ки не обнаружи- ваются
Револьвер об- разца 1895 г. («Наган»)	Разрывы одежды и кожи, иногда небольшое за- копчение краев	Хорошо заметна при расстоянии до 15 см. От 15 до 20 см — слабые следы. При выстрелах с расстояния свыше 20 см отсутствует	Хорошо заметны до расстояния 30 см. От 30 до 50 см обнаруживаются лишь единичные вокруг входного отверстия. При вы- стрелах свыше 50 см не обнару- живаются

ручного оружия, конечно, различны для различных типов оружия, но эти колебания невелики даже при сравнении действия револьверов, пистолетов, винтовок и карабинов.

Имеющиеся данные (см. таблицу на стр. 137) приведены по результатам опытов, произведенных в 1942 году. Эти данные имеют ориентировочное значение для исправного оружия.

Дело в том, что некоторые условия, например, давность изготовления патронов, условия хранения их (сырость), значительная изношенность канала ствола оружия, могут оказывать свое влияние на картину близкого выстрела. Поэтому в каждом конкретном случае, если представляется возможным, следует

провести экспериментальную стрельбу из того же оружия и теми же патронами.

Таблица дает наглядное представление о том, что пределом близкого выстрела практически является 100 см. Для пистолетов-пулеметов это расстояние сокращается до 50—70 см. Более точное определение расстояния в пределах близкого выстрела возможно при изучении комбинации и степени выраженности (см. таблицу на стр. 140) интенсивности закопчения, площади закопчения и рассеивания порошинок, комбинации распределения копоты и порошинок и т. д.

На картину близкого выстрела оказывают влияние не только калибр патрона, величина заряда, система оружия, но и конструктивные особенности оружия одной и той же системы. Последнее обстоятельство подтверждается той разницей, которая наблюдается в распределении следов близкого выстрела из винтовки образца 1891/30 гг. и самозарядной винтовки, а также пистолетов-пулеметов различных систем.

Некоторые системы современного ручного боевого оружия (самозарядная винтовка образца 1940 года, пистолет-пулемет образца 1941 года — «ППШ», пистолет-пулемет образца 1943 года — «ППС») снабжены особыми приспособлениями — дульно-тормозным устройством (компенсатором), которое, как показали опыты, существенным образом изменяет картину близкого выстрела и выстрела в упор. Объясняется это следующим. При выстреле из этих систем оружия значительная часть газов идет не вперед, вслед за пулей, а уходит в оконца дульно-тормозного устройства. Следовательно, энергия пороховых газов также в значительной степени действует не вперед, а в стороны. Поэтому разрывы тканей при выстрелах в упор у самозарядной винтовки выражены значительно слабее, чем у обычной винтовки.

Из автоматов «ППШ» и «ППС» выстрел в упор фактически не может иметь места, так как в силу конструктивных особенностей это оружие может быть приставлено только передней поверхностью компенсатора. Между же дульным срезом и передней поверхностью компенсатора имеется свободный промежуток около 4 см. При выстреле из автоматов «ППШ» и «ППС» газы прорываются в оконце дульно-тормозного устройства, чем сводится почти на нет их действие на ткани. Автоматы «ППШ» и «ППС» не дают разрывов кожи при выстрелах в упор. Выявление следов близкого выстрела видно из таблицы 7.

У самозарядной винтовки копоть прекращает свое действие на 5 см ближе, чем у обычной винтовки. По отношению к распределению порошинок эта разница еще больше. То же самое относится и к автоматам (пистолетам-пулеметам). Поэтому

конструктивные особенности оружия, безусловно, должны быть учтены при оценке дальности расстояния выстрела.

Таблица

СЛЕДЫ БЛИЗКОГО ВЫСТРЕЛА

Наименование оружия	Калибр (в мм)	Разрывы краев вход- ного отвер- стия на коже	Макси- мальное расстоя- ние для копоти (в см)	Макси- мальное расстоя- ние для пороши- нок (в см)
Револьвер образца 1895 г. «Наган» .	7,62	в упор	20—25	40—50
Пистолет образца 1933 г. — «ТТ» .	7,62	»	30	50
Пистолет «Браунинг» 1910 г.	7,65	»	25	50
Пистолет «Кольт» 1911 г.	11,43	»	35	35
Пистолет-пулемет образца 1941 г. — «ППШ»	7,62	нет	10—15	30—35
Пистолет-пулемет образца 1943 г. — «ППС»	7,62	»	10—15	35
Автомат «МР-40»	9	в упор	20—25	40
Винтовка образца 1891/30 гг.	7,62	до 5—9 см	30	80—100
Винтовка «Маузер 98»	7,92	»	20	50—80
Самозарядная винтовка образца 1940 г. — «СВТ»	7,62	в упор	20	70

Действие пуль специального назначения. В практике возникает вопрос о возможности смешивания следов близкого выстрела с особым действием пуль специального назначения. Последние несут в себе либо возгорающееся вещество, либо специальный взрывной механизм. Необходимо знать, какие особенности имеют огнестрельные повреждения от пуль специального назначения и можно ли вызываемые ими изменения принять за действие следов близкого выстрела, в частности ожог тканей.

Специальные исследования показали, что при выстрелах в упор и на близких расстояниях трассирующими и зажигательными пулями как действие самих пуль, так и следы близкого выстрела ничем не отличаются от действия обычных боеприпасов. Было прослежено, что по крайней мере до расстояния 50 м ни зажигательное, ни трассирующее вещество не оказывает никакого действия.

При выстрелах на такие расстояния, когда начинается выделение трассирующего вещества, у входного отверстия по краям его появляется сероватая каемка, напоминающая поясok загрязнения. Она появляется обычно на вторые сутки после ранения и представляет собой по существу омертвление тканей от

действия специальных составов. При разрывах этих пуль вне зависимости от расстояния, с которого произведен выстрел, повреждения могут быть похожи на повреждения от выстрела на близком расстоянии.

При ранении трассирующими пулями уже после того, как специальные составы выделились из пули, входные отверстия имеют обычный вид. При слепых ранениях, когда пуля остается в теле и специальные составы продолжают свое действие, можно в течение нескольких минут, а иногда и часов наблюдать выделение дыма из раны.

Разрывные (пристрелочные) пули при сквозных ранениях дают обычные ранения без характерных признаков. Когда же разрывная пуля при попадании в одежду или части снаряжения, а затем, входя в тело, разрывается, то входное отверстие может иметь полное сходство с ранением на близком расстоянии. Частицы пули, разрывного механизма и пороха внедряются в кожу и глубже лежащие ткани, напоминая внешним видом внедрение порошинок. Вокруг входного отверстия появляется закопчение. Отличить такое ранение разрывной пулей от выстрела на близком расстоянии обычной пулей можно при условии обнаружения в самой ране и окружности ее металлических частичек или самой пули при слепом ранении, а также при химическом исследовании. В этом может оказать существенную помощь рентгеновское исследование.

Выстрел на дальнем, или неблизком расстоянии. Выстрел с такого расстояния, когда вокруг входного отверстия отсутствуют следы близкого выстрела, будет рассматриваться как выстрел с дальнего или неблизкого расстояния. Это расстояние для ручного огнестрельного оружия находится за пределами 100 см. Если в пределах близкого выстрела эксперт, определяя дистанцию выстрела, может ориентироваться довольно точно, то за пределами близкого выстрела он лишен каких-либо опорных точек. В этих случаях определение дистанции может быть сделано только предположительно, с известной долей вероятности, и то большей частью на основании характера огнестрельного повреждения, а обстоятельств и обстановки происшествия. Суждения же о расстоянии на основании действия пули и характера ранения весьма предположительны, шатки и не имеют прочных оснований.

Определение направления выстрела. Иногда определение направления выстрела не представляет никаких затруднений. При слепом ранении или выстреле в упор и на близком расстоянии направление выстрела устанавливается легко уже при наружном осмотре трупа. При сквозных ранениях на дальнем расстоянии решение вопроса может представлять иногда известные трудности, именно при определении

входного и выходного отверстий. В этих случаях доказательства направления полета пули устанавливаются иной раз только при вскрытии трупа. Признаки входного и выходного отверстий и отличие их были рассмотрены ранее.

Определение оружия, из которого был произведен выстрел. Определение оружия, из которого был произведен выстрел, может касаться либо вида оружия, либо определенного экземпляра оружия, которое подозревается как орудие именно этого происшествия.

Определение системы оружия может основываться на характерных особенностях огнестрельного ранения и на обнаружении следов близкого выстрела, пули или ее частей, кусочков. Однако ценность этих данных неодинакова и относительна.

Внешний вид огнестрельного повреждения может иногда давать известные указания на вид оружия. Различные виды оружия вызывают огнестрельные повреждения, имеющие некоторые характерные особенности, зависящие от калибра оружия, силы заряда, расстояния, с которого был произведен выстрел, живой силы пули.

Винтовки, ручные пулеметы на близких расстояниях обладают большим разрушительным действием. Но на очень далеком расстоянии отличить сквозное огнестрельное ранение, произведенное из винтовки, от сквозного ранения, произведенного на значительно меньшем расстоянии из револьвера или пистолета, невозможно.

Определение калибра оружия и вида его по повреждению также представляет значительные трудности. Калибры оружия различных видов либо одинаковы, либо разница составляет десятые доли миллиметра или 1—2 мм. Благодаря эластичности тканей, особенно кожи, входные отверстия не соответствуют калибру пули, обычно меньше его, к тому же незначительная разница в калибрах при измерении отверстия не может быть учтена, что лишает возможности дать определенное заключение о калибре.

Несколько большие возможности для определения калибра оружия представляются в случаях, когда отверстие расположено в плоских костях, где диаметр отверстия приближается к калибру пули, но этим нужно пользоваться с осторожностью ввиду возможности ошибки, ибо одно сопоставление пули и отверстия еще не дает основания для утвердительного заключения. Обнаружение пули в теле при слепых ранениях значительно облегчает задачу определения оружия, но не всегда решает ее.

В практике бывают случаи, когда для самодельного патрона используется пуля от другого вида оружия. В одном случае убийства из револьвера образца 1895 года («Наган») в трупе

была обнаружена пуля от пистолета модели «Браунинг». Патроны оказались самодельными.

Вид оружия и даже экземпляр его могут быть установлены по пулям и остаткам их, по гильзам, обнаруженным на месте происшествия.

Такая экспертиза не входит в компетенцию судебного медика, а относится к области криминалистической экспертизы. Судебномедицинский эксперт обязан лишь передать обнаруженные вещественные доказательства в опечатанном виде следователю. Последний и направляет их в специальные лаборатории.

Огнестрельные повреждения от охотничьего оружия. Огнестрельные повреждения от охотничьих ружей встречаются реже, чем повреждения от боевого и других видов небоевого оружия.

При экспертизе огнестрельных повреждений от охотничьего оружия приходится разрешать в основном те же вопросы, что и при повреждении от нарезного.

Большое разнообразие систем и зарядов охотничьего оружия до известной степени затрудняет обобщение особенностей действия охотничьего оружия, однако некоторые данные могут быть приведены.

Патроны охотничьих ружей содержат порох и дробь либо пули. Патроны бывают стандартные и самодельные. Последнее обстоятельство влияет на картину выстрела. В правильно снаряженных патронах на порох помещается картонная прокладка, затем войлочный пыж, далее дробь, а затем прокладка на дробь — иногда называемая пыжом на дробь (рис. 78, 79). Повреждения могут наносить дробь и пороховой пыж. Прокладка на дробь, как правило, разлетается на кусочки.

Повреждения от охотничьего оружия определяются характером снаряжения патрона. Снаряд патрона состоит из некоторого количества дробиннок, которые на близком расстоянии действуют как один снаряд, а по мере увеличения расстояния рассеиваются и действуют как отдельные маленькие снаряды.

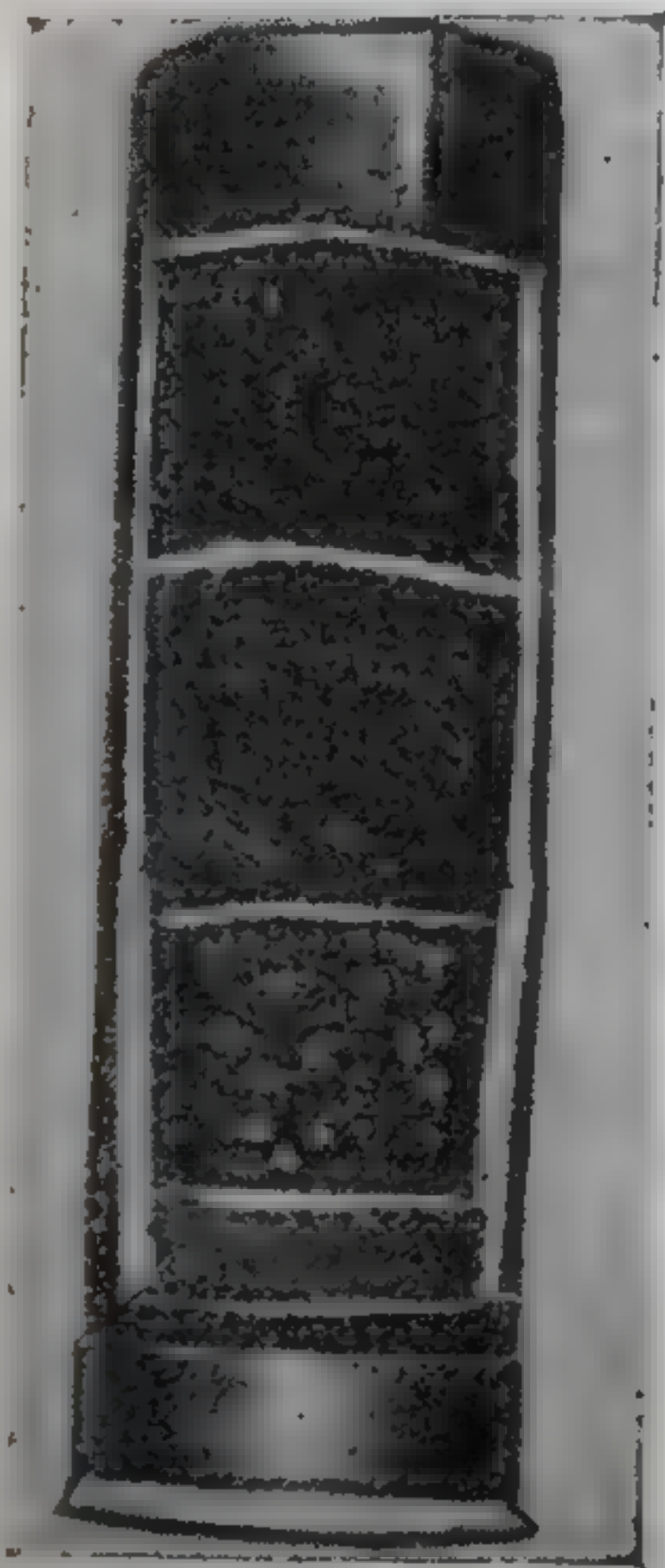
Поэтому обычно повреждения от охотничьего оружия имеют чрезвычайно характерную картину и могут быть распознаны без особого труда.

Остановимся на действии отдельных составных частей патрона. Эти общие данные требуют уточнения и проверки в каждом отдельном случае огнестрельного повреждения.

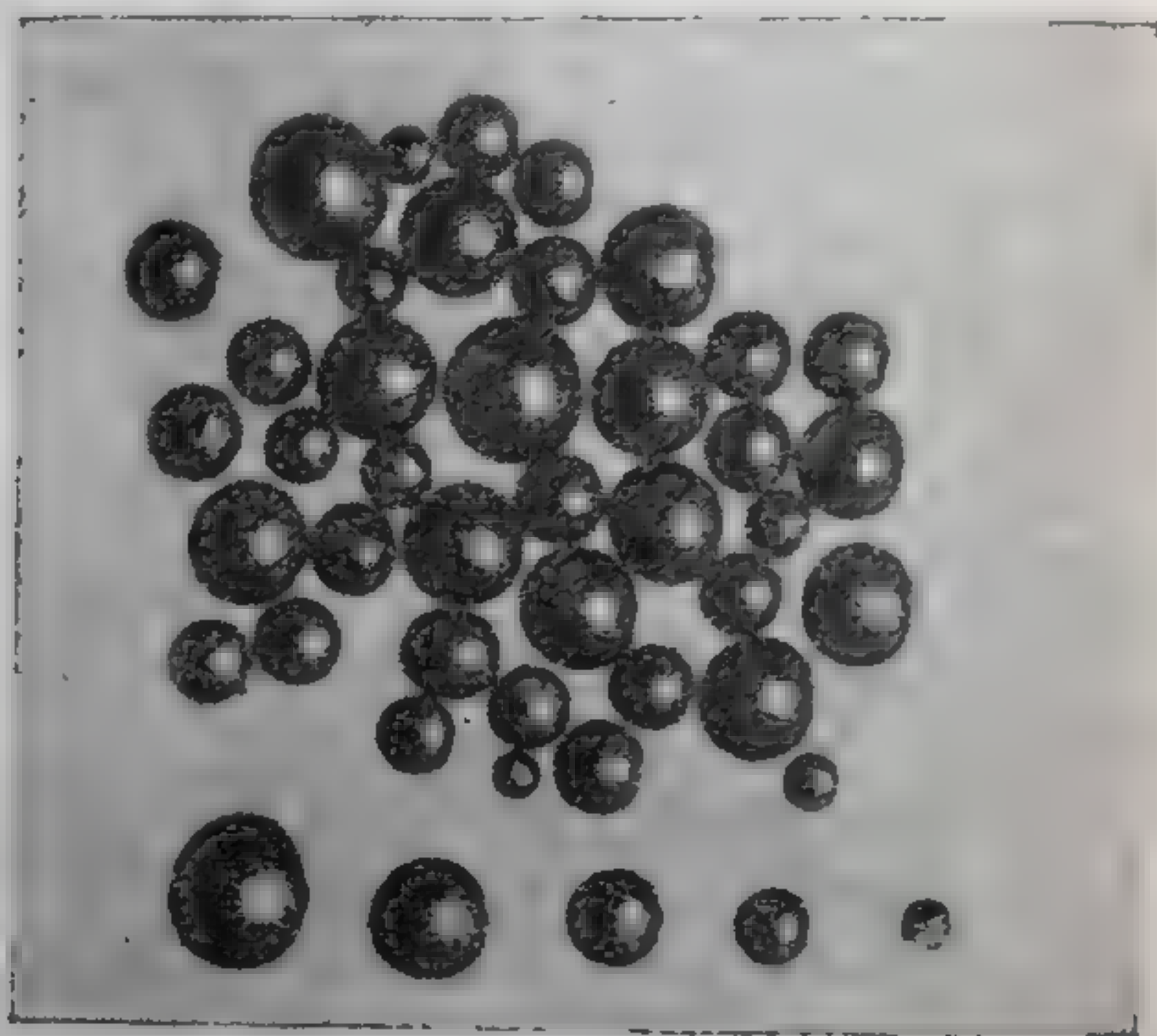
При выстрелах на расстоянии до 50 см снаряд дроби действует как целое и образует одно входное отверстие обычно округлой формы с неровными, иногда фестончатыми или бахромчатыми краями.

С увеличением расстояния в окружности центрального отверстия начинают появляться отверстия от отдельных дробин. На расстоянии 2 м при дымном порохе и 4 м при бездымном центральное отверстие исчезает и появляются множественные мелкие отверстия от рассеивающихся дробин.

Величина отдельных отверстий не одинакова, так как дробинки могут слипаться по нескольку штук и действовать как отдельный снаряд. Следы близкого выстрела из охотничьего оружия проявляются на различном расстоянии.



78. Патрон к охотничьему ружью



79. Охотничья дробь разных номеров

Пламя при бездымном порохе не действует. При дымном порохе действие пламени обнаруживается иногда до 50—100 см.

Копоть наблюдается в пределах до 100 см как при бездымном, так и при дымном порохе, причем при последнем ее очень много.

Порошинки могут быть еще обнаружены при дымном порохе до 300 см, при бездымном — до 200 см.

При стрельбе из двустольного охотничьего ружья (из ствола со слабым чоком) калибра «16» патронами со снарядом дробь № 3 (вес 28,5 г) и зарядом пороха марки «Сокол» (вес 1,75 г), а также патронами с зарядом дымного пороха марки «Охотничий обыкновенный» № 3 (вес 5,5 г) и снарядом дробь № 6 (вес 30 г) получены следующие результаты (Кустанович):

а) Следы близкого выстрела

Порох	Разрывы	Копоть		Порошинки	
	максимальное расстояние (в см)	хорошо выражена на расстоянии (в см)	максимальное расстояние (в см)	хорошо выражены на расстоянии (в см)	максимальное расстояние (в см)
Дымный . . .	5	50	100	200	300
Бездымный . .	5	50	100	100	200

б) Площадь рассеивания дроби (бездымный порох)

Расстояние (в см)	Рассеивание на площади (в кв. см)	Расстояние (в см)	Рассеивание на площади (в кв. см)	Расстояние (в см)	Рассеивание на площади (в кв. см)
25	1,7 × 1,7	300	7 × 7	1500	41 × 46
50	2,5 × 2,5	500	12 × 14	2000	56 × 58
100	4 × 4	1000	32 × 34	3500	свыше
200	5 × 6	—	—	—	100 × 100

На близких расстояниях или при выстреле в упор охотничьи ружья дают обширные разрушения и рваные раны, покрытые большим количеством пороховых остатков, и по своей разрушительной силе напоминают в некоторых случаях винтовки (рис. 80 а, б и 81). При выстрелах из охотничьего ружья в упор иногда также можно наблюдать отпечаток дульного среза на коже.

Пыжи на расстоянии до 5 м могут проникать в рану и служить ценным вещественным доказательством.

Кроме расстояния выстрела, на рассеивание дроби влияют многочисленные факторы (например, калибр ружья, сверловка ствола, качество и количество пороха, вес, форма и размеры дроби, характер пыжей и др.). Действие их становится практически заметным с дистанции выстрела около 5 м. Поэтому более или менее точное определение расстояния выстрела на поверхности тела и одежды возможно только до 5 м. Если дистанция выстрела больше, то возможно лишь ориентировочное определение.

Повреждения от холостых выстрелов. Выстрелы холостыми патронами могут не только наносить тяжелые

повреждения, но и вызывать смерть. Повреждение вызывается действием пыжа и порохового заряда, но только на сравнительно близком расстоянии. Пыжи из картона могут пробивать кожу и глубже лежащие ткани при выстрелах на расстоянии 2—3 см, повреждая не

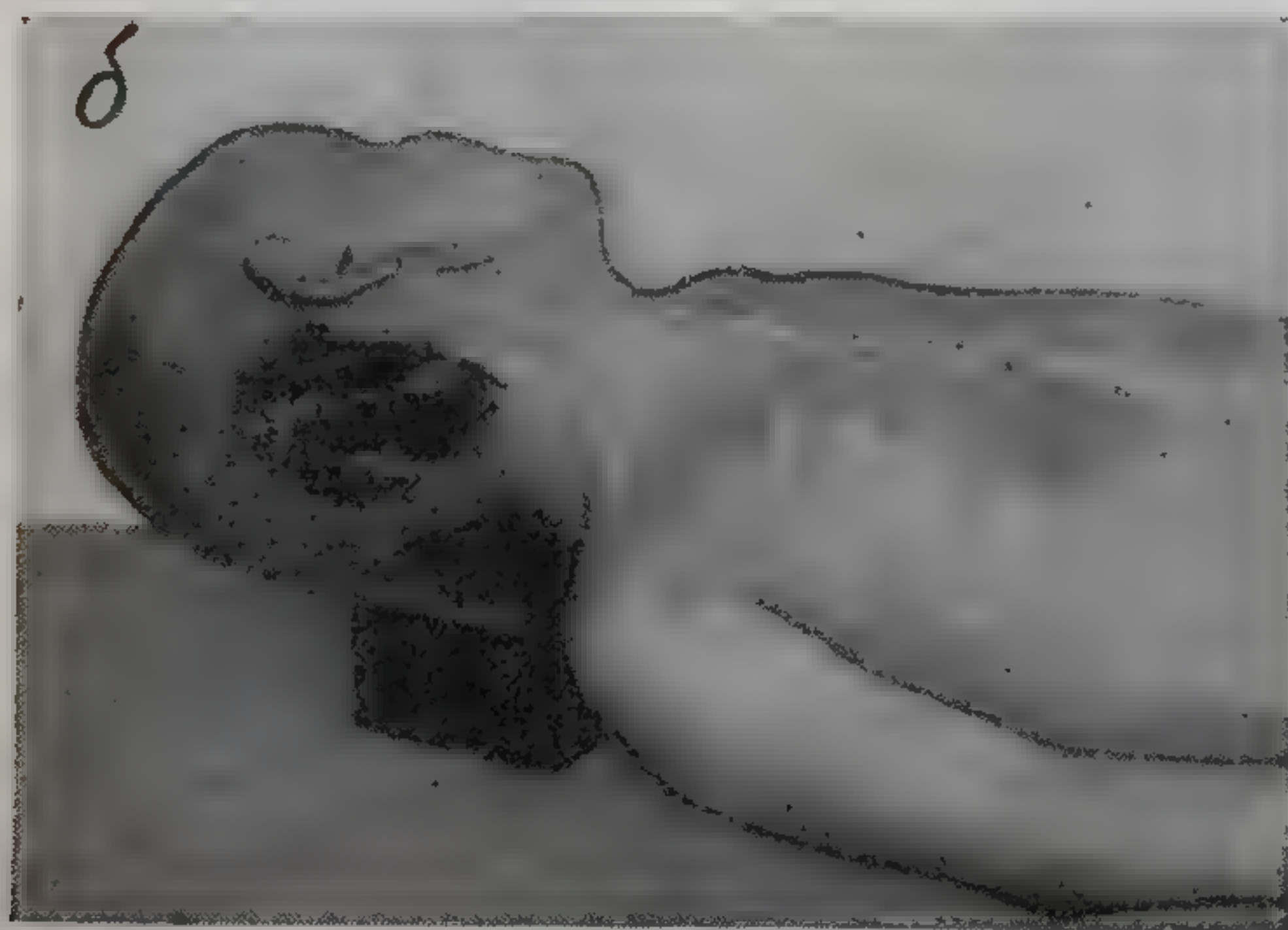


Рис. 80. а) Входное отверстие. б) Выходное отверстие. Выстрел из охотничьего ружья на близком расстоянии. Несчастный случай

только мягкие ткани, но и кости. Большой разрушительной силой обладают также и газы при выстрелах в упор или на очень близком расстоянии, разрывая кожу и вызывая переломы костей. В других случаях при целостности кожи наблюдаются обширные повреждения глубже лежащих тканей и органов, переломы костей, ушибы мозга, разрыв сердца и т. д.

Повреждения от холостых выстрелов имеют место при учебной стрельбе, в любительских спектаклях.

Огнестрельные повреждения одежды. При огнестрельных повреждениях чрезвычайно важное значение имеет одежда. Не только в тех случаях, когда она повреждена, но и тогда, когда повреждение располагается на открытых частях тела, осмотр и ис-

следование одежды позволяют делать выводы по тем же вопросам, которые возникают и при экспертизе повреждений тела.

Действие пули и следы близкого выстрела на тканях одежды нередко бывают выражены значительно лучше. Положение огнестрельных повреждений на одежде, их форма, величина и соотношение с повреждениями на теле позволяют разрешить важные для следствия вопросы. При выстреле на близком расстоянии и даже в упор следы близкого выстрела могут пол-

ностью задерживаться одеждой и не доходить до поверхности тела. Обнаружить их может иногда только специальное исследование одежды.

Не на всех тканях следы близкого выстрела одинаково заметны. На тканях темного цвета (особенно шерстяных) копоты и порошинки могут быть незаметны. Волокна из тканей одежды обнаруживаются во входном отверстии. Расположение повреждений на одежде и отношение их к повреждениям на теле



Рис. 81. Огнестрельное ранение из охотничьего ружья. Выстрел на дальнем расстоянии

дают возможность судить иногда и о положении тела в момент выстрела. Из этого следует, что одежда, являясь важным вещественным доказательством, должна быть детально осмотрена, описана и сохранена для последующих дополнительных судебно-медицинских и криминалистических исследований.

Дополнительные методы исследования огнестрельных повреждений. К дополнительным методам прибегают в тех случаях, когда осмотр повреждений на живом человеке, трупе и на одежде не разрешает поставленных вопросов. Одни из этих исследований могут быть произведены судебно-медицинским экспертом, другие — требуют специальных криминалистических методов исследования в лабораторной обстановке. Объектом дополнительного исследования являются ткани тела и одежда в области входного и выходного отверстий,

составные части патрона (пуля, порох, патронная гильза, капсюль), следы пороховых остатков.

Пороховые остатки в виде отдельных сохранивших первоначальную свою форму порошинок и их частей, а также копоть могут быть обнаружены микроскопическим, химическим и микрохимическим исследованием и специальным фотографированием в инфракрасных лучах. Владимирский предложил подогреть порошинку на предметном стекле до вспышки, после чего под микроскопом наблюдается характерная картина образования ячеистой структуры (рис. 82).

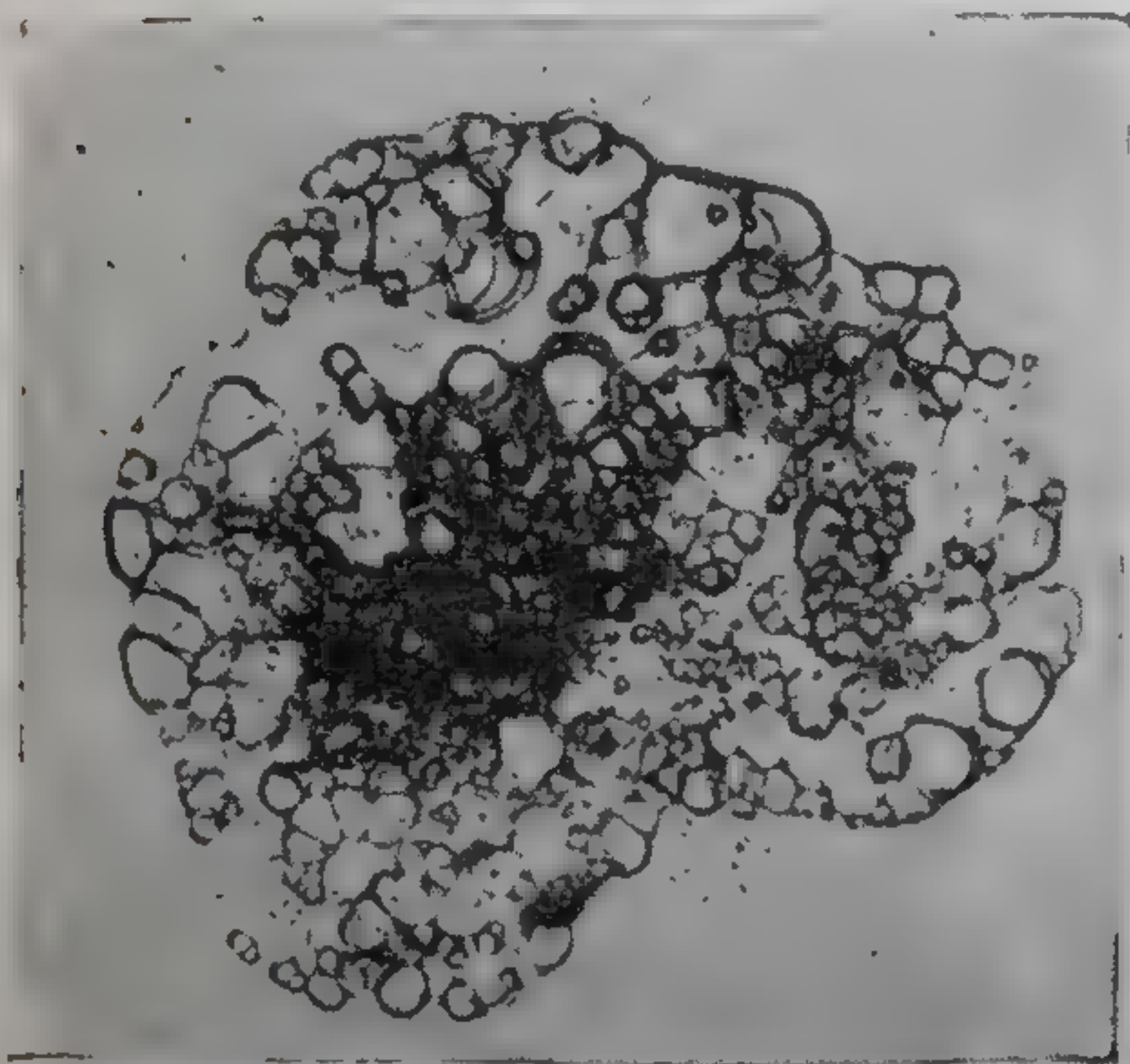


Рис. 82. Остаток порошинок после вспышки на предметном стекле (по Владимирскому)

Действие пороховых газов (окиси углерода) обнаруживается химическим исследованием.

Повреждение кожи, волос в области входного отверстия, особенности повреждения тканей и частицы одежды доказываются микроскопическим исследованием.

Следы металлов в области входного и выходного отверстий обнаруживаются микрохимическим, спектрографическим, электрографическим и рентгеновским исследованиями.

Частицы деформированных и разрывных (пристрелочных) пуль, а также месторасположение самих пуль устанавливаются рентгеновским исследованием.

Следы ружейной смазки обнаруживаются осмотром в ультрафиолетовых лучах.

Дополнительные методы исследования являются ценным подспорьем в оценке огнестрельных повреждений. Они могут дать новые, важные доказательства в дополнение к уже имеющимся. Поэтому ими нельзя пренебрегать и их следует применять при малейших неясностях и сомнениях в картине огнестрельного повреждения.

§ 28. Происхождение огнестрельных повреждений

Огнестрельные повреждения возникают в результате случайного выстрела, убийства, самоубийства и умышленного самоповреждения.

Несчастный случай — наиболее частая причина огнестрельных повреждений. Небрежное или неумелое обращение с огнестрельным оружием, небрежное хранение, неисправность его или несоблюдение правил при разборке, чистке, стрельбе влекут за собой несчастные случаи, иной раз с тяжелыми последствиями или смертельным исходом.

Убийства посредством огнестрельного оружия, помимо бытовых, могут быть и вынужденными в силу выполнения служебных обязанностей. К последней категории относятся убийства в случае нападения на пост, при задержании преступников. При вынужденных убийствах точно так же возникают вопросы судебно-медицинского характера: о расстоянии, с которого был произведен выстрел, о направлении выстрела. Например, был ли выстрел произведен в заднюю поверхность тела или же входное отверстие находится на передней поверхности тела и т. д.

Пример: Часовой, стоявший на посту у склада, заметил около проводного ограждения человека, который через несколько минут появился в запретной зоне. На трехкратный оклик он не ответил и был убит часовым. При осмотре одежды трупа обнаружено: бутылка с 500 г водки, одна пустая и одна разбитая пулей бутылка. Входное отверстие расположено на груди. При вскрытии из полостей трупа ощущался резкий запах алкоголя.

Помимо исследования огнестрельного повреждения при несчастных случаях, особенно часто требуется производить и экспертизу оружия. Для этого нужно приглашать эксперта-криминалиста.

§ 29. Повреждения от взрывчатых веществ, мин, снарядов, гранат и их частей (запалов, детонаторов, взрывателей)

Повреждения от взрывчатых веществ: тола, пороха, динамита, аммонала и др. — в большинстве представляют собой результат несчастного случая. Но известны и самоубийства посредством взрывчатых веществ, а также случаи убийства.

Несчастные случаи обусловлены неосторожностью, неправильным хранением взрывчатых веществ, несоблюдением правил обращения или транспортировки их, а также могут вызываться и умышленно. Что касается повреждений от взрывчатых веществ, то обширность их зависит от количества взрывчатых веществ. Большей частью такие повреждения обширны, характеризуются разрушением отдельных частей тела, отрывами конечностей или полным разрушением тела. Иногда повреждения

сопровожаются ожогами или даже обугливанием тела. В некоторых случаях может возникнуть вопрос о характере взрывчатых веществ. Поэтому необходим тщательный осмотр трупа или его частей.

При взрывах больших количеств взрывчатых веществ повреждения могут возникать от взрывной волны и на значительном расстоянии от места взрыва. Последствиями полученных повреждений (контузий) могут явиться расстройства здоровья (глухота, заикание) с утратой трудоспособности.

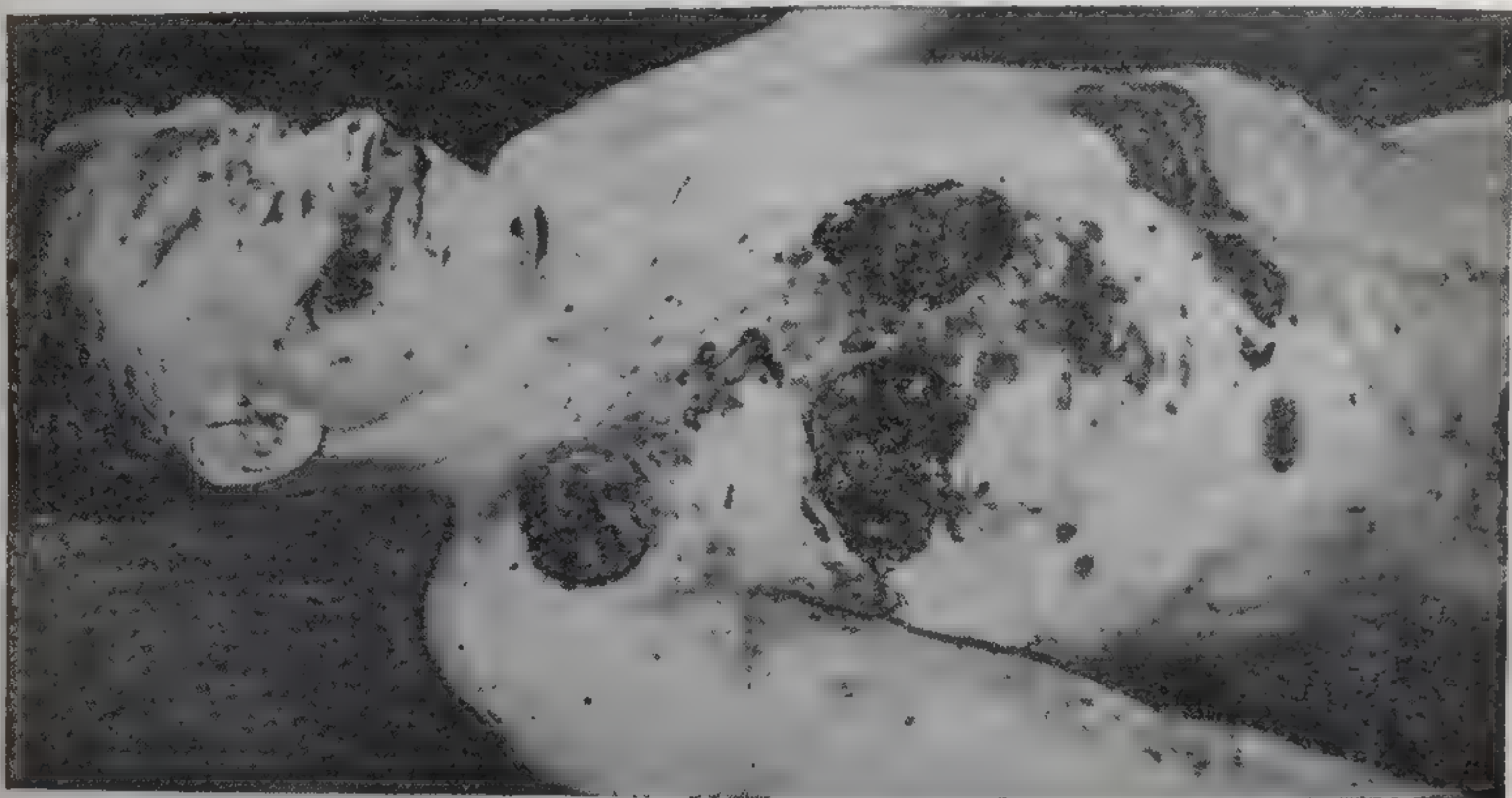


Рис. 83. Повреждения от взрыва мины при раскорчевывании пней

Повреждения от ручных гранат и их запалов наблюдаются как следствие несчастных случаев. Взрывы этих боевых средств происходят от небрежного или неумелого обращения, недостаточного инструктажа, легкомысленного и недопустимого обращения с ними, от производственного брака.

Повреждения при взрывах гранат в непосредственной близости бывают обширными (в виде разрушения и отрывов отдельных органов) и множественными. Встречаются несчастные случаи при глушении рыбы гранатами.

Повреждения от мин и снарядов. В основном такие повреждения являются несчастными случаями, возникшими от неосторожного или легкомысленного обращения с неразорвавшимися минами и снарядами. Такие несчастные случаи все еще встречаются при обнаружении снарядов и мин в тех районах, где проходили во время войны боевые действия (рис. 83).

ГЛАВА V

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СМЕРТЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

§ 30. Смертельные повреждения. § 31. Отличие прижизненных повреждений от посмертных. § 32. Способность к действию при смертельных повреждениях

Телесные повреждения независимо от механизма их возникновения подразделяются на повреждения смертельные и повреждения несмертельные. Несмертельные повреждения будут рассмотрены в разделе судебномедицинской экспертизы живых лиц (гл. XV).

§ 30. Смертельные повреждения

Уголовный кодекс РСФСР не предусматривает смертельных повреждений. Часть 2 ст. 142 предусматривает смерть от тяжкого телесного повреждения. Поэтому при определении степени тяжести телесных повреждений эксперт и юрист должны руководствоваться только той классификацией повреждений, которая предусматривается в Уголовном кодексе РСФСР. Правила же (НКЗ и НКЮ) делят повреждения сначала на смертельные и несмертельные. Смертельными считаются такие, которые в данном конкретном случае явились непосредственной причиной смерти или находятся в причинной связи со смертью.

Смертельные же повреждения в свою очередь подразделяются на безусловно смертельные и условно смертельные. Необходимо подчеркнуть еще раз, что это деление дается в медицинских Правилах, а не в законе (УК) (юридическое).

Безусловно смертельные повреждения — такие, которые всегда, у каждого человека, приводят к смерти, то есть такие повреждения, которые не совместимы с жизнью. Примером безусловно смертельных повреждений могут служить грубые разрушения таких органов, как головной мозг, сердце, печень, ранение аорты и др.

Условно смертельные повреждения — такие, которые прежде всего не являются смертельными, а заканчиваться смертью они могут у отдельных людей или в силу неблагоприятного стечения обстоятельств, условий, в которых человек получил такое повреждение, или индивидуальных особенностей организма, при которых такие несмертельные сами по себе повреждения могут привести к смерти.

Примеры:

1) Молодой человек случайно осколками стекла порезал себе ладонь и вскрыл артерию в этой области. Началось сильное кровотечение. Пока ему неумело пытались оказать помощь и доставили в больницу, он потерял много крови и вскоре скончался.

Умело и своевременно оказанная помощь и остановка кровотечения ограничили бы последствия такого повреждения временной нетрудоспособностью. В данном случае повреждение стало условно смертельным в силу неблагоприятных внешних условий, неоказания своевременной и умелой помощи.

2) Пожилой человек получил толчок кулаком в грудь. После этого толчка он опустился на пол и тут же скончался. На вскрытии у него не было обнаружено никаких повреждений, но в мышце сердца оказался большой очаг свежего омертвления сердечной мышцы (инфаркт). Такие болезненные изменения сердечной мышцы могли образоваться, по крайней мере, за несколько часов до смерти и, следовательно, не связаны с толчком в грудь, полученным непосредственно перед смертью. Толчок в грудь сам по себе не вызвал даже никаких повреждений в смысле анатомических изменений. Но у пожилого человека с серьезными и свежими болезненными изменениями в сердечной мышце толчок в грудь и связанные с ним психические переживания явились причиной остановки болезненно-измененного сердца. Следовательно, в данном случае толчок в грудь должен быть расценен как условно смертельное для этого человека повреждение в силу индивидуальных особенностей организма.

При исследовании повреждений, закончившихся смертью, эксперту приходится разрешать следующие вопросы:

а) Было ли повреждение безусловно или случайно (условно) смертельным.

б) Какая была ближайшая причина смерти.

в) Какое именно из нескольких повреждений было причиной смерти.

г) Если одно из нескольких повреждений не могло само по себе причинить смерть, то не обусловили ли смерть найденные повреждения все вместе в своей совокупности.

д) Какое из нескольких повреждений было нанесено ранее других.

е) Были ли повреждения причиной смерти или они произошли случайно, во время агонии, перед наступлением смерти от других причин или, может быть, после смерти.

Разрешение этих вопросов основывается на тщательном изучении повреждений и обстоятельств дела.

Было ли повреждение безусловно или условно смертельным, устанавливается на основании указанных особенностей, определяющих разделение повреждений на условно или безусловно смертельные.

Существенным обстоятельством является выявление ближайшей причины смерти. При смертельных повреждениях ближайшей причиной смерти может быть:

а) Само повреждение при грубых и обширных разрушениях важных для жизни органов, например, разрушение головного мозга, сердца, ранение аорты и т. п. В этих случаях причиной смерти будет само повреждение.

б) Острое малокровие, то есть обескровливание организма в результате наружного или внутреннего кровотечения, вызван-

ного повреждением. Острое малокровие — одна из наиболее частых причин смерти при повреждениях.

в) Шок — резкое угнетение жизненных функций, вызванное перераздражением нервной системы при повреждениях. Шок также довольно часто является причиной смерти при повреждениях. Нередко причиной смерти при повреждениях бывает сочетание шока и кровопотери.

г) Закупорка кровеносных сосудов в важных для жизни органах пузырьками воздуха или капельками жира — воздушная или жировая эмболия.

Воздушная эмболия возникает в тех случаях, когда повреждаются крупные сосуды — вены, например в области шеи. В поврежденные сосуды поступает воздух, проникающий далее в сердце, легочную артерию. Сердце при этом останавливается, и наступает смерть.

Жировая эмболия развивается при обширных размятиях жировой клетчатки и особенно при переломах крупных трубчатых костей (бедра), содержащих жирный костный мозг. Размозжение жировой ткани приводит к массовому поступлению капелек жира через венозные сосуды в легкие, а иногда и далее, в мозг. Капельки жира, закупоривая сосуды в мозгу, в области важных жизненных центров, вызывают расстройство их деятельности и смерть.

д) Инфекционные заболевания при загрязнении поврежденных тканей микробами и последующем развитии воспалительного инфекционного процесса: воспаления мозговых оболочек (менингит), общего заражения организма (сепсис) и других осложнений, обусловленных заражением поврежденных тканей микробами.

Таковы наиболее частые причины смерти при повреждениях.

Смерть может находиться в причинной связи не только с тяжким, но и с легким повреждением. Поверхностная рана может служить местом проникновения микробов с последующим развитием общего инфекционного заболевания. Судебномедицинский эксперт должен в заключении определить характер, степень тяжести повреждения и установить причинную связь между повреждением и смертью. Какое именно из нескольких повреждений было причиной смерти, устанавливается на основании оценки каждого повреждения в отдельности, степени тяжести, опасности для жизни, последствий, которые оно должно было за собою повлечь.

Наблюдаются такие случаи, когда при осмотре трупа обнаруживается несколько повреждений и ни одно из них не могло само по себе привести к смерти, а наступление смерти обусловлено совокупностью расстройств, вызванных каждым повреждением в отдельности.

Наблюдаются и такие сочетания, когда при нескольких повреждениях два или более являются смертельными. В таких случаях возникают новые вопросы, связанные с определением последовательности повреждений, возможности самостоятельных действий при таких повреждениях, при каждом из них в отдельности и другие.

Последовательность повреждений устанавливается на основании оценки повреждений с точки зрения анатомических данных, расположения повреждений и функциональных расстройств, которые должно было вызвать каждое из повреждений в отдельности. Например, при осмотре устанавливается, что повреждение в области головы должно было вызвать немедленную потерю сознания, а следовательно, и невозможность нанесения других повреждений собственной рукой после нанесения повреждений в области головы.

Происхождение повреждений по времени, установление их прижизненного, агонального или посмертного происхождения производятся на основании отличительных признаков этих повреждений.

Заключение судебномедицинского эксперта должно содержать развернутое изложение объяснений по этим основным вопросам.

§ 31. Отличие прижизненных повреждений от посмертных

При судебномедицинском исследовании трупа приходится встречаться с повреждениями, которые возникли уже после смерти человека, то есть были причинены трупу. Перед судебно-медицинским экспертом стоит задача отличить прижизненные повреждения от посмертных, установить характер и причины происхождения посмертных повреждений. Повреждения могут возникать при жизни, в агональном периоде и после смерти.

В зависимости от времени возникновения различают прижизненные, агональные и посмертные повреждения. Агональные повреждения возникают в период умирания, например, у утопленников, у повесившихся, в судорожном периоде от ударов об окружающие предметы, при падении вследствие внезапной потери сознания от кровоизлияния в мозг, при падении умирающего с постели. Агональные повреждения могут быть поверхностными — в виде ссадин, кровоподтеков — и более серьезными — в виде трещин и переломов костей черепа, ребер и других повреждений. Посмертные повреждения могут возникать на трупе случайно или наноситься умышленно.

Случайные посмертные повреждения возникают от неосторожного обращения с трупом при его осмотре на месте происше-

ствия, протаскивании или перевозке, когда труп бросают с повозки на землю или, поднимая с земли, сначала раскачивают, а затем бросают на повозку или на стол. Посмертные повреждения могут возникнуть при попытке оказать помощь, например при искусственном дыхании, когда на поверхности грудной клетки можно обнаружить обширные буро-желтые пятна, являющиеся результатом осаднения эпидермиса, иногда даже переломы одного или нескольких ребер при особо энергичном искусственном дыхании. Случайные повреждения трупа вызываются птицами, животными, насекомыми.

Умышленные повреждения на трупе наблюдаются при расчленении его, чтобы скрыть или уничтожить труп. Повреждения могут наноситься умышленно с целью симулировать самоубийство вместо убийства, например, повешение трупа с образованием странгуляционной борозды, огнестрельное повреждение трупа при предварительном отравлении, подкладывание на рельсы трупа для симуляции несчастного случая и т. д.

При экспертизе повреждений необходимо устанавливать и характер происхождения повреждений. Повреждение живых тканей сопровождается определенной реакцией их на повреждение: сокращением поврежденных мышечных и эластических волокон, чем объясняется расхождение краев прижизненных ран и их зияние, кровотечением и кровоизлияниями, кровоподтеками, омертвением поврежденных тканей вследствие повреждения сосудов.

Если между повреждением и смертью прошел некоторый промежуток времени, в окружности повреждения появляются отек и признаки воспаления. При более длительном промежутке времени от момента возникновения повреждения до смерти прижизненный характер повреждения устанавливается появлением признаков заживления повреждения.

Не всегда прижизненные повреждения сопровождаются кровоизлияниями в окружающие ткани. При обширных разрушениях тканей с повреждением крупных сосудов кровоизлияние в окружающих повреждение тканях может отсутствовать в силу того, что кровь вытекает через крупные сосуды и не распространяется через мелкие сосуды в тканях. Поэтому можно, например, не обнаружить кровоизлияния в мышцах нижних конечностей, размятых колесами вагона, и при других таких же обширных повреждениях.

Воспалительная реакция может быть хорошо заметна в виде покраснения, припухлости, появления гноя, склеивания краев повреждения. При незначительном промежутке времени между повреждением и смертью воспалительную реакцию можно установить только микроскопическим исследованием. Картина заживления обычно бывает настолько хорошо и ясно выражена,

что сомнений в прижизненном происхождении повреждения обычно не возникает.

Что касается зияния ран, то лучше всего оно бывает выражено при прижизненных повреждениях острыми орудиями и почти отсутствует при повреждении мертвых тканей.

Агональные повреждения имеют в большинстве случаев признаки прижизненного повреждения, так как кровообращение еще имеется и тонус живых тканей не исчез. Но обычно, как показывают наблюдения, агональные повреждения или совсем не сопровождаются кровоизлиянием в окружающие ткани, или они бывают незначительными. Повреждения могут симулироваться и трупными изменениями: резкая имбибиция принимается за кровоподтеки, скопления сукровичной жидкости в полостях тела — за кровоизлияние.

Посмертные повреждения при тщательном осмотре дают возможность сравнительно легко распознать их происхождение. Края посмертных повреждений вялые, ткани в глубине бледные, однородного характера и окраски на всем протяжении, кровоизлияния отсутствуют, края ран не зияют. В общем вид их настолько характерен, что смешать посмертное повреждение с прижизненным обычно может только неопытный эксперт.

§ 32. Способность к действию при смертельных повреждениях

При экспертизе смертельных повреждений нередко приходится разрешать вопрос о возможности или невозможности совершения смертельно раненым после получения смертельного повреждения самостоятельных действий. Очень часто не только у юристов, но даже и у судебно-медицинских экспертов имеются неправильные, далекие от действительного положения вещей представления о способности смертельно раненных к самостоятельным действиям.

Опыт показывает, что смертельно раненный человек нередко совершает сложные и продолжительные по времени самостоятельные действия. После смертельного повреждения человек может наносить себе новые повреждения, нередко также смертельные, от которых он и погибает. Например, выстрелом в грудь повреждается сердце, а второй выстрел производится в голову, или наоборот.

При таком сочетании повреждений, естественно, возникает вопрос о возможности для человека с простреленной головой произвести себе выстрел в сердце или с простреленным сердцем выстрелить в голову.

Практика показывает, что совершать очень трудные и сложные действия, требующие значительного физического и душевного напряжения, могут люди с такими безусловно смертель-

ными повреждениями, которые и опытным специалистам могут казаться исключаящими возможность совершения самостоятельных действий.

Много подобных примеров дала практика Великой Отечественной войны, когда смертельно раненные солдаты и офицеры Советской Армии совершали героические подвиги. Известны случаи, когда смертельно раненные летчики благополучно приводили машины на аэродромы, сажали их в полном порядке и оказывались мертвыми в кабине. Здесь необходимо учитывать еще и значение душевного подъема, сознания долга, высоких моральных качеств солдат и офицеров Советской Армии.

При оценке смертельности повреждения с точки зрения возможности совершения сознательных самостоятельных действий необходимо обращать внимание на возможность сохранения сознания, во-первых, и совершения движений, во-вторых.

Чаще всего вопросы о возможности самостоятельных действий у раненых возникают при повреждениях головного мозга и головы в целом, при повреждениях сердца, реже при повреждениях органов брюшной полости.

При оценке повреждений головы и головного мозга нужно помнить, что даже очень серьезные повреждения головы могут не приводить к потере сознания.

Пример: Женщина, 27 лет, в 12 часов ночи в поезде получила два удара железным предметом по голове, а потом была сброшена с поезда во время его движения. Сознания не потеряла, но около 3—4 часов лежала, не будучи в состоянии подняться, так как были головная боль, головокружение, слабость и рвота. Последующие 2—3 часа ползла на четвереньках до будки железнодорожного рабочего, откуда после отдыха прошла 4 км пешком до разъезда. Головная боль, головокружение и рвота продолжались. На другой день в 15 час. 30 мин. была доставлена в больницу, где у нее были обнаружены кровоподтеки и раны в области головы. В костях свода черепа обнаружены множественные трещины. В затылочной и левой теменной областях вдавленные отломки костей размерами 3 × 4 см. Клинический диагноз: обширные переломы костей свода черепа, рвано-ушибленные раны правой теменной и затылочной областей. Ушиб мозга. Была произведена трепанация черепа и удалены костные отломки. Через 3 недели больная была выписана для амбулаторного лечения (Леонтьев).

Из этого примера видно, что очень тяжелые повреждения головы могут не сопровождаться потерей сознания. И раненые с такими повреждениями могут сохранять способность к действиям, требующим значительных физических усилий.

При повреждениях головного мозга не всегда теряется сознание. Кроме того, потеря сознания может быть кратковременной. Есть такие области мозга, повреждение которых может протекать бессимптомно. К таким областям мозга относятся, например, лобные доли. Известны случаи, когда человек с простреленной головой совершал переход в несколько километров.

Пример: Подросток, 12 лет, сделал «самопал» и выстрелил из него в присутствии своих товарищей. После выстрела ствол оружия исчез, а в руках у «конструктора» осталась деревянная рукоятка, к которой была приделана металлическая трубка, изображавшая ствол оружия. У мальчика после выстрела оказалась небольшая рана под левым глазом, и он перестал видеть этим глазом. На следующий день его отвезли в Институт имени Гельмгольца, где обследованием не обнаружили никаких изменений со стороны глаза. 8 дней он пробыл в этом Институте. Никаких изменений со стороны центральной нервной системы обнаружено не было. На 8-й день пребывания в институте у мальчика появились симптомы рожистого воспаления лица и головы, и мальчик был переведен из Института в больницу, где он на следующий день скончался. На вскрытии трупа, при извлечении головного мозга, нож вскрывавшего эксперта натолкнулся на металлическое тело, которое оказалось стволом «самопала», лежавшим в веществе лобной доли. Металлическая трубка, напоминая собою ствол от револьвера «Наган», пробила кожу под нижним веком, заднюю стенку глазницы, разорвала зрительный нерв и застряла в веществе левой лобной доли. Это повреждение мозга ничем не проявлялось клинически, и трубка была обнаружена лишь на вскрытии.

Однако разрушение других отделов мозга исключает возможность самостоятельных действий. Повреждение областей, где заложены двигательные центры конечностей, или полный перерыв спинного мозга в шейной части исключает возможность самостоятельных действий. Иногда между моментом повреждения и первыми симптомами поражения нервной системы проходят часы.

Особенно часто это наблюдается при трещинах черепа с последующим кровоизлиянием между твердой оболочкой и черепом или между оболочкой и мозгом. Накапливающаяся постепенно, иногда в течение нескольких часов, кровь сдавливает мозг, нарушает функцию жизненных центров и вызывает смерть. Человек с таким повреждением может в течение продолжительного времени — нескольких часов — совершать сознательные действия.

Приведенные примеры показывают, что при тяжелых и смертельных повреждениях черепа и головного мозга в отдельных случаях сознание и способность к самостоятельным действиям сохраняются на продолжительное время. Заключение по этому поводу может быть дано после тщательного изучения и оценки обнаруженных изменений (рис. 84).

Вторым органом, при повреждении которого часто ставится тот же вопрос о способности к действию смертельно раненых, является сердце.

У людей, недостаточно сведущих в медицине, существует представление о том, что ранение сердца вызывает обязательно моментальную смерть. Такое представление далеко от действительности. Не всякое ранение сердца заканчивается смертью. Пулевые и осколочные не проникающие ранения сердца могут оканчиваться выздоровлением. Человек десятки лет может про-

жить с пулей в толще сердечной мышцы, не испытывать никаких болезненных расстройств и умереть от других причин, не связанных с поражением сердца. При проникающих ранах сердца, особенно колотых, способность к самостоятельным и сложным действиям может сохраняться некоторое время. Это

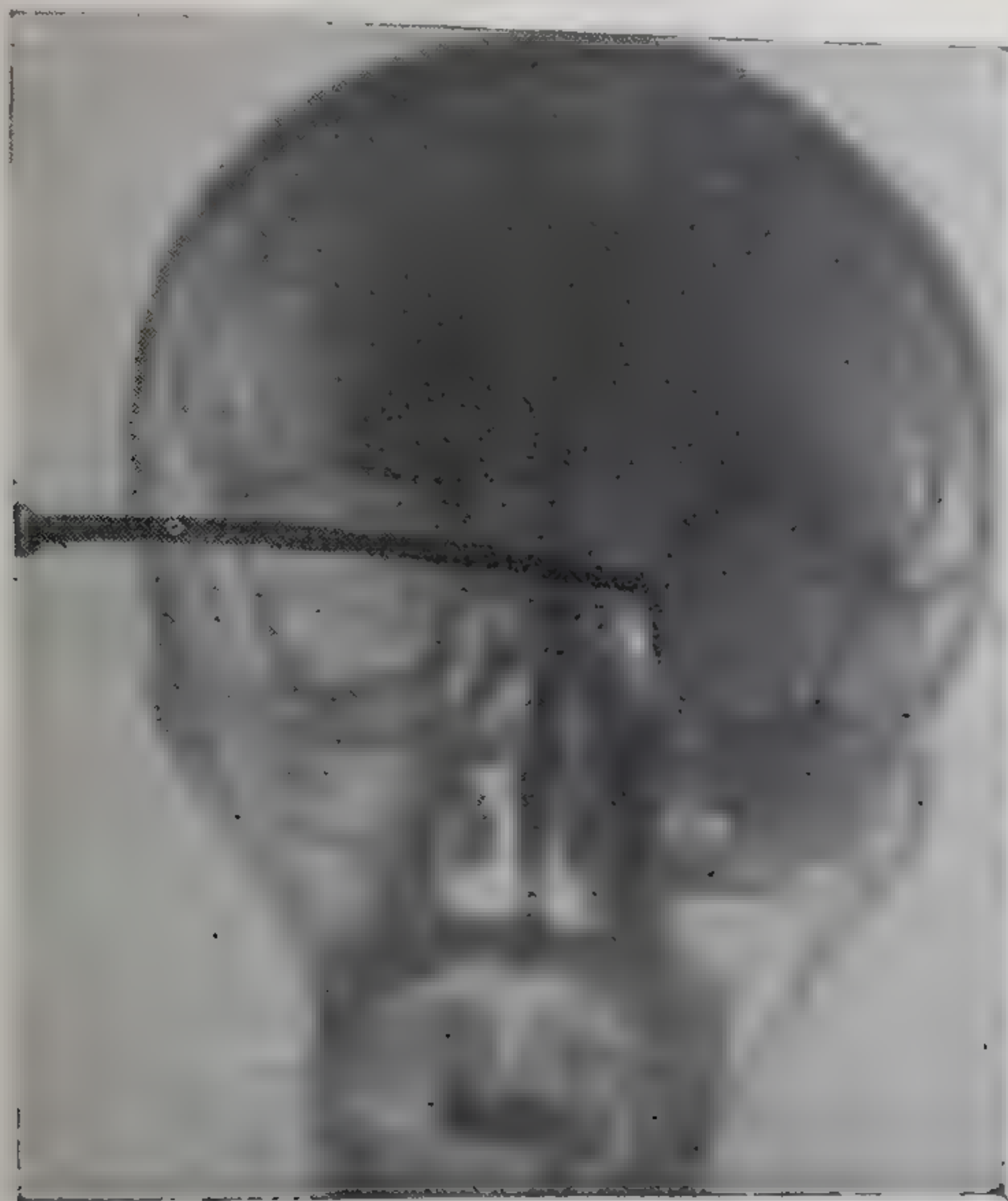


Рис. 84. Гвоздь, вбитый себе в голову душевнобольным (рентгенограмма). После операции выздоровление (Наблюдение Готье В. Ю. и Серебренникова И. М.)

зависит от расположения повреждений, степени кровотечения. Способность к самостоятельным действиям может сохраняться в зависимости от этих двух обстоятельств в течение различного времени. При ранении некоторых участков сердца или при очень обширном повреждении сердца может наступить и моментальная смерть от остановки сердца или шока.

Способность к действиям у раненных в сердце может сохраняться при обширных повреждениях сердца.

Пример: Гражданин на глазах у проходившего мимо врача выстрелил себе в грудь из револьвера. Когда врач подбежал к нему, гражданин взвел обеими руками курок, поднес револьвер к правому виску, выстрелил еще раз себе в голову и тотчас же упал мертвым.

При вскрытии трупа было обнаружено, что вся передняя и левая боковая стенки левого желудочка сердца отсутствовали, по краям этого отверстия висели обрывки стенок желудочка (Алявдин).

Оказывается, что при таких исключительно обширных повреждениях сердца возможны сложные самостоятельные действия в течение короткого промежутка времени.

Пример: Мужчина, 27 лет, получил удар в грудь, убежал от нападавшего и в тот же день обратился в амбулаторию. При осмотре у него была обнаружена небольшая ранка на груди. После оказания помощи он был отпущен домой с освобождением от работы на 1 день. Через 5½ месяца вечером он выходил из кинотеатра. В толпе его сильно сдавили. Появились сильные боли в груди, кашель с кровянистой мокротой. Идти он не мог и был доставлен в лечебное учреждение, где на следующий день скончался от внутреннего кровотечения. При вскрытии трупа было обнаружено следующее: между грудиной и позвоночником находился отломок клинка ножа длиной 14 см и шириной 4 см. Острым концом клинок плотно сидел в позвоночнике, противоположный конец клинка упирался в тело грудины. Нож проникал через правое ушко сердца, правый бронх и правое легкое. Эти органы оказались как бы нанизанными на нож в течение 5½ месяца. В продолжение всего этого времени раненый сохранял полностью трудоспособность. Сдавление груди привело к расширению повреждения сердца и в конечном итоге к смертельному кровотечению (Зелинский).

Этот пример показывает, какая высокая приспособляемость может быть у человеческого организма даже при очень тяжелых повреждениях.

При повреждениях органов брюшной полости также могут возникать вопросы о способности к самостоятельным действиям. Это бывает связано преимущественно с повреждением таких органов, как печень и селезенка. Повреждение этих органов сопровождается кровотечением или шоком или и тем и другим одновременно. Поэтому способность к действиям зависит прежде всего от обширности повреждения органа и степени кровотечения. При повреждениях этих органов брюшной полости возможны сложные самостоятельные действия и передвижение раненого в течение продолжительного времени.

Пример: Пожилой крестьянин вез на рынок для продажи овощи. Лошадь испугалась проезжавшей автомашины и перевернула повозку, которой был придавлен крестьянин. Повозку подняли, привели все в порядок, усадили крестьянина на повозку, и он продолжал свой путь. На рынке некоторое время он торговал, затем почувствовал себя плохо, был доставлен в больницу, где вскоре скончался. На вскрытии обнаружили надрывы печени и кровоизлияние в брюшную полость.

Таким образом, нужно иметь в виду, что способность к действию сохраняется и может быть у лиц с тяжелыми, смертельными ранениями, не допускающими на первый взгляд никаких самостоятельных действий.

В каждом конкретном случае необходима строгая оценка обнаруженных повреждений.

Р а з д е л II

Расстройство здоровья и смерть от кислородного голодания (задушение)

Г Л А В А VI

КИСЛОРОДНОЕ ГОЛОДАНИЕ (ЗАДУШЕНИЕ), ВЫЗВАННОЕ МЕХАНИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

§ 33. Процесс дыхания и кислородное голодание. § 34. Прижизненное течение задушения. § 35. Задушение от механических причин. § 36. Задушение от действия ядовитых веществ. § 37. Задушение от недостатка кислорода во вдыхаемом воздухе. § 38. Задушение от кровопотери. § 39. Задушение при болезненных (патологических) состояниях

§ 33. Процесс дыхания и кислородное голодание

Процесс дыхания, то есть поглощения кислорода из окружающей среды и усвоения его тканями, составляет основу жизненных процессов в организме. Обмен веществ в организме не может происходить при отсутствии кислорода, и поэтому поступление кислорода в организм является необходимым условием жизни. Без кислорода немыслима жизнь. Перенос кислорода от внешней среды, из атмосферы, к отдельным клеткам человеческого тела и составляет сущность процесса дыхания.

В процессе дыхания воздух поступает в легкие, где кислород через стенки легочных альвеол проникает в кровеносные капилляры и соединяется с гемоглобином, кровяным пигментом, содержащимся в красных кровяных шариках. Кровь, насыщенная в легких кислородом, поступает из легких в левую половину сердца, откуда по кровеносным сосудам разносится по всему организму. В органах и тканях кровь отдает свой кислород, поглощает выделяемую клетками углекислоту и другие продукты обратного обмена и вновь поступает в легкие, где углекислота выделяется во внешнюю среду. Такова в общих чертах схема процесса дыхания, поглощения кислорода и усвоения его тканями. Кровь, оттекающая от легких к сердцу и к тканям, насыщенная кислородом, называется артериальной кровью, имеет ярко-красный цвет; кровь, притекающая от тканей к сердцу и к легким, не содержит кислорода, называется венозной и имеет темно-красный цвет.

Кислород из внешней среды должен поступать беспрепятственно к отдельным органам, тканям и клеткам. Прекращение доступа кислорода на самое короткое время уже через несколько секунд вызывает расстройства, указывающие на

кислородное голодание, то есть на задушение (гипоксию). Таким образом, задушением (гипоксией), в широком смысле слова, называют болезненные расстройства или смерть, вызванные кислородным голоданием.

Задушение является одной из наиболее частых причин смерти и вызывается разнообразными причинами. В одних случаях происходит нарушение внешнего дыхания, то есть затрудняется поступление кислорода в организм, в других случаях нарушается дыхательная функция крови или нарушаются процессы поглощения кислорода в тканях. Задушение может вызываться механическими препятствиями для дыхания, действием ядовитых веществ на кровь, дыхательный центр, дыхательную мускулатуру, болезненными процессами, потерей большого количества крови при кровотечениях, недостатком кислорода в окружающем воздухе, вдыханием так называемых инертных газов — азота, метана.

В судебномедицинской практике приходится встречаться со всеми видами смерти от задушения, но наибольшее значение имеют те виды задушения, которые обусловлены механическими препятствиями для дыхания, то есть механическое задушение, и задушение, вызванное действием ядов, — токсическое задушение. В этой главе будут разобраны основные виды задушения, имеющие наибольшее и самостоятельное значение.

Все разнообразие причин, вызывающих кислородное голодание, то есть явления задушения, может быть сведено к четырем основным типам.

1) Задушение, зависящее от недостатка кислорода в артериальной крови вследствие недостаточного поступления его в организм (дыхательная, или аноксическая, гипоксия).

2) Задушение, зависящее от недостатка кровяного пигмента — гемоглобина в артериальной крови (анемическая гипоксия).

3) Задушение, зависящее от резкого замедления тока крови в тканях (застойная гипоксия).

4) Задушение, зависящее от потери клетками тканей способности воспринимать кислород из крови (гистотоксическая гипоксия). Встречаются и смешанные типы задушения, представляющие сочетание этих основных типов.

Задушение от недостаточного поступления кислорода в организм может быть обусловлено различными причинами:

механическими препятствиями для поступления кислорода в организм в виде закрытия или сдавления дыхательных путей (механическое задушение);

недостаточным содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе, как это наблюдается при пребывании на больших высотах, при попадании в атмосферу инертных газов (азота, метана);

при некоторых заболеваниях и болезненных состояниях (воспалении легких, отек легких, некоторые пороки развития и др.).

Задушение от недостатка кровяного пигмента — гемоглобина может быть обусловлено:

потерей большого количества крови, например при повреждениях, так называемое острое малокровие; при хроническом малокровии при различных болезнях; изменением кровяного пигмента (гемоглобина) под действием ядов, например, окиси углерода, нитритов, анилина и других.

Задушение от резкого замедления тока крови обуславливается многими болезненными состояниями. Этот тип задущения имеет незначительный судебно-медицинский интерес.

Задущение от потери клетками тканей способности воспринимать кислород из крови обусловлено действием ядов, а именно: синильной кислоты и ее соединений (цианидов), алкоголя, наркотиков и др.

Вне зависимости от причин задущения болезненные расстройства, вызываемые кислородным голоданием, процесс умирания и трупные явления при различных видах задущения, быстро приводящих к смерти, имеют некоторые общие черты, свойственные быстро наступившей смерти. Отдельные виды задущения, кроме того, имеют самостоятельные, характеризующие именно данный вид задущения признаки. При вскрытии трупа устанавливается вид задущения.

§ 34. Прижизненное течение задущения

Как можно видеть, понятие задущения в медицине значительно шире, чем в быту. Типы и виды задущения многообразны.

Прижизненное течение задущения возможно в трех формах, которые принято различать в настоящее время.

Молниеносная форма задущения наблюдается при быстро возникающих препятствиях для дыхания, при механических видах задущения, при отравлении окисью углерода, при вдыхании инертных газов (азота, метана). При этой форме задущения сознание теряется в первые секунды и быстро наступает смерть даже при своевременно оказанной помощи.

Острая форма задущения протекает несколько медленнее, чем молниеносная, но так же быстро может приво-

дуть к потере сознания. Из симптомов отмечаются головная боль, одышка, мышечная слабость, сонливость, затемнение сознания, судороги. Прежде всего страдает центральная нервная система, чрезвычайно чувствительная к кислородному голоданию, и нервные клетки погибают в течение первых десятков минут. Острая форма задушения приводит к смерти, но может закончиться и полным восстановлением всех жизненных функций, если своевременно будет устранена причина, вызвавшая кислородное голодание, и оказана соответствующая помощь.

Хроническая форма задушения развивается при медленно нарастающем недостатке кислорода и в практике встречается в виде так называемой горной или высотной болезни.

Объем и тяжесть функциональных расстройств, возникающих в организме при задушении, зависят от степени и продолжительности кислородного голодания. Кроме того, имеют значение и индивидуальные особенности: возраст, состояние здоровья и др. Эти особенности приходится учитывать при оценке отдельных случаев задушения.

В течении задушения наблюдаются во многих случаях различные и более или менее глубокие отклонения. При болезненных изменениях сердца, сдавлении нервных стволов и узлов в области шеи, при раздражении нервных окончаний обычное течение задушения может прерываться рефлекторной остановкой сердца уже в самом начале задушения, в первые секунды.

Трупные явления в типичных случаях задушения независимо от причин, его вызвавших, имеют много общего. Нужно только иметь в виду, что такие трупные явления характеризуют не столько смерть от задушения, сколько вообще быстро наступившую смерть. Поэтому то, что обычно считают признаками смерти от задушения, на самом деле является признаками быстро наступившей смерти.

Одни признаки задушения выявляются при наружном осмотре трупа, другие — при вскрытии его.

При наружном осмотре трупов лиц, умерших от задушения, находят распространенные и ярко выраженные трупные пятна темного, сине-багрового цвета. Лицо синюшного цвета. В коже лица, особенно век, лба и в соединительной оболочке глаз появляются множественные точечные и несколько более крупные кровоизлияния — экхимозы. У заднепроходного отверстия отмечается выделение каловых масс. У мужчин часто набухает половой член и извергается семя, обнаруживаемое иногда в виде пятна на белье или подсохшим на бедре или в окружности половых органов трупа.

К внутренним признакам смерти от задушения относятся: темная жидкая кровь в сердце и сосудах, переполнение внутренних органов кровью, множественные кровоизлияния под серозными оболочками легких и сердца. Смерть от задушения наступает быстро. Кровь в сердце и сосудах остается жидкой и после быстрого поглощения тканями оставшегося в ней кислорода принимает венозный характер и темную окраску.

Правая половина сердца обычно содержит несколько большее количество крови, чем левая, что, однако, само по себе также не представляет характерной особенности смерти от задушения. Жидкая темная кровь переполняет не только крупные, но и мелкие, преимущественно венозные, сосуды. Поэтому внутренние органы при задушении бывают полнокровными, имеют темно-красную с синюшным оттенком окраску. В судорожном периоде задушения под серозными оболочками легких и сердца точно так же, как и в коже, появляются мелкие кровоизлияния — экхимозы.

Приведенные признаки и характеризуют в своей совокупности смерть от задушения. Каждый из этих признаков в отдельности не представляет собой ничего типичного исключительно для смерти от задушения, так как встречается при смерти от других причин. Не всегда все эти признаки наблюдаются и при несомненной смерти от задушения. Некоторые из них могут отсутствовать в отдельности или вместе с другими, и только совокупность этих признаков в отдельных случаях при сопоставлении с обстоятельствами дела дает основание к заключению о смерти от задушения. У стариков при хронических тяжелых заболеваниях, истощении указанные признаки смерти от задушения могут быть выражены очень слабо или отсутствовать. Никогда не следует на основании лишь отдельных признаков делать необоснованные выводы о смерти от задушения, что иногда наблюдается, особенно у следственных работников, недостаточно знакомых с судебной медициной, и у малоопытных врачей-экспертов.

В этой главе далее будут разобраны основные виды задушения, имеющие наибольшее и самостоятельное значение в судебномедицинской практике.

Отдельные виды задушения. По отношению к причинам, вызывающим кислородное голодание (гипоксию), следует различать следующие основные виды кислородного голодания — задушения:

Задушение от механических причин; от действия ядовитых веществ; от недостатка кислорода во вдыхаемом воздухе; от кровопотери; от болезненных (патологических) причин.

§ 35. Задушение от механических причин

Различают следующие виды задущения от механических причин.

Повешение — сдавление шеи петлей, затягиваемой тяжестью тела.

Удавление петлей — сдавление шеи петлей, затягиваемой на нее посторонней или собственной рукой.

Удавление руками.

Закрытие дыхательных отверстий носа и рта.

Закрытие дыхательных путей инородными телами.

Сдавление груди и живота (травматическая асфиксия).

Утопление — закрытие дыхательных путей жидкостью.

Повешение. Самым распространенным видом задущения от механических причин является повешение. Повешением называют такой вид задущения, когда петля, положенная на шею, затягивается тяжестью тела.

Повешение следует строго отличать от удавления петлей (см. ниже). Для правильной оценки происхождения повешения в каждом отдельном конкретном случае чрезвычайно важно обратить внимание на ряд деталей при осмотре места происшествия, вещественных доказательств и при вскрытии трупа. На отдельных деталях исследования этого вида механического задущения мы сейчас и остановимся.

Осмотр трупа на месте происшествия. Осмотр трупа на месте происшествия при повешении имеет свои особенности. Правильно ориентироваться в происхождении повешения можно только на месте происшествия.

Повешение может произойти в любом положении. Совсем не обязательно, чтобы тело повесившегося действительно висело, не касаясь поверхности земли. В большинстве случаев повешение происходит в таком положении, что повесившийся касается поверхности земли либо концами ступней, либо полностью стоит, слегка опустившись и согнув колени. Повешение возможно в положении стоя, на коленях, полуплежа, лежа. При этом поза трупа может быть разнообразной (рис. 85). Чем необычнее, вычурнее положение трупа, тем больше оснований предполагать в данном случае самоубийство.

При осмотре трупа на месте происшествия, помимо положения трупа, нужно обращать внимание еще на расположение петли, ее узлы, на материал, из которого сделана петля, ибо все это имеет весьма существенное значение для суждения о том, с чем мы имеем дело.

При осмотре петли нужно обращать внимание на ее свободный конец, привязанный к какому-нибудь предмету, на завязывание, характерные особенности вязки свободного конца, затем

внимательно осматривать самую петлю, тип ее. Петля может быть скользящей, то есть такой, при которой на одном из концов петли делается другая петля, меньших размеров, и через нее пропускается свободный конец, так что петля может скользить этим свободным концом и диаметр петли может быть, таким образом, расширен и сужен. В других случаях конец петли неподвижно завязан. В этих случаях петля не скользит,



Рис. 85. Позы трупa при самоповешении

а остается такой, какой она была сделана. Чрезвычайно важно обращать внимание на характер узлов петли, которые могут иметь существенные особенности. Дело в том, что завязывание узла нередко связано с профессиональными навыками того лица, которое вязало петлю. Поэтому узел никогда не следует развязывать на месте происшествия, а необходимо снять петлю таким образом, чтобы узел ее остался целым, неповрежденным. С этой целью петля разрезается на противоположной узлу стороне, снимается с шеи, и разрезанные концы ее вновь сшиваются или скрепляются ниткой. Если петля состоит из нескольких оборотов, то необходимо последовательно разрезать каждый оборот, скрепляя его ниткой соответствующего цвета, для того чтобы не спутать перевязанные концы (рис. 86, 87).

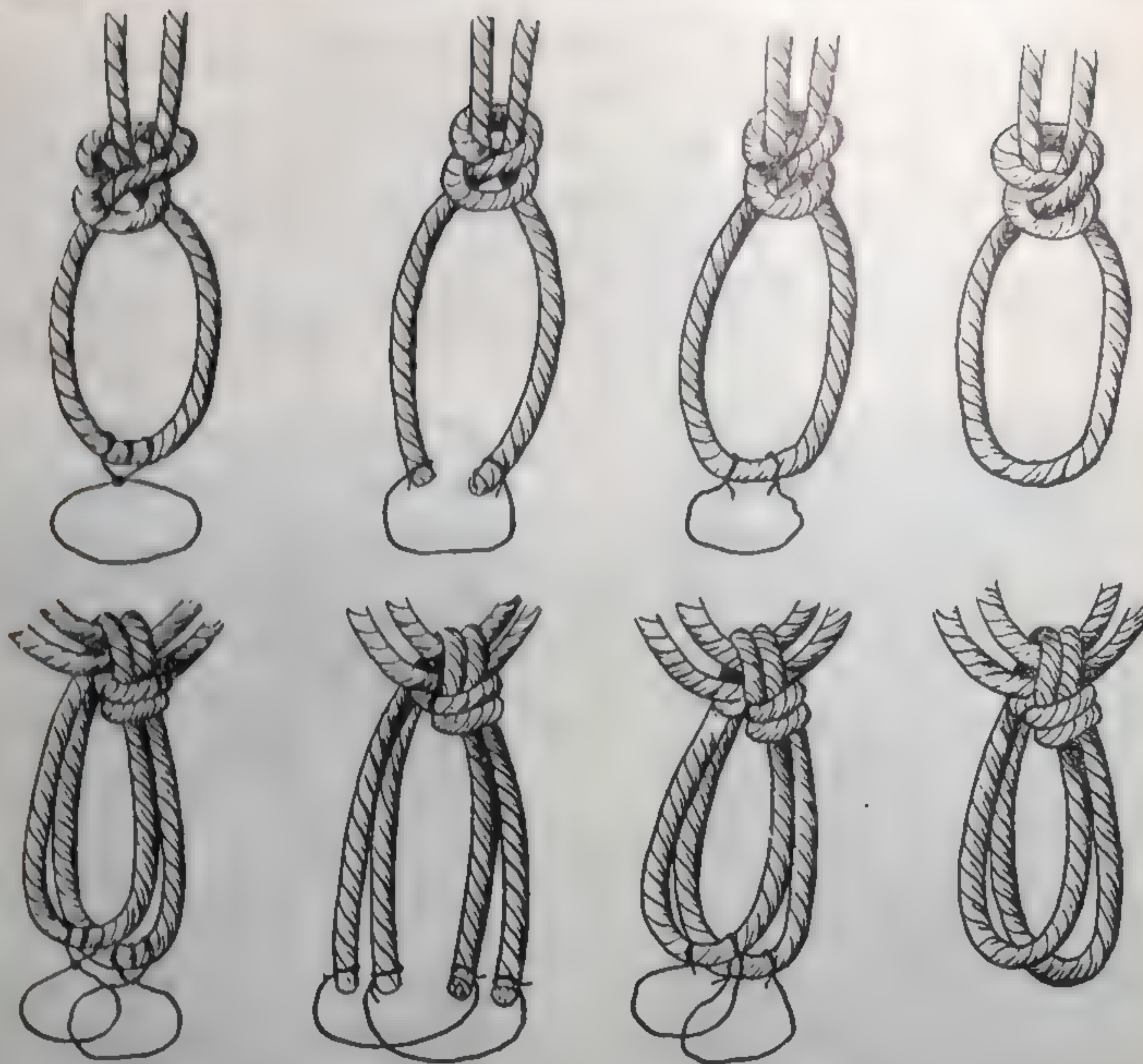


Рис. 86. Способы снятия петель с шеи

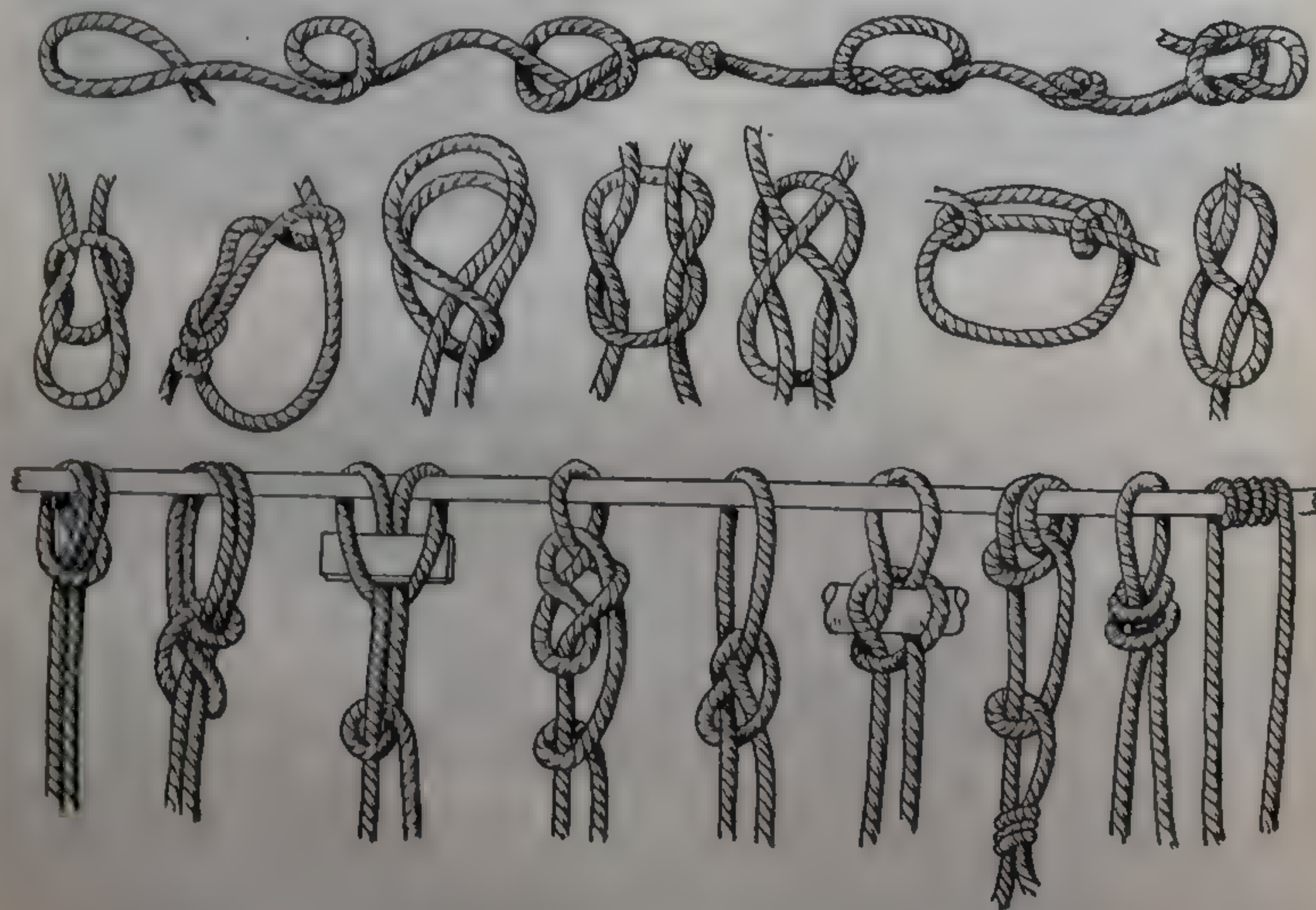


Рис. 87. Различные виды узлов

Снятая с трупа петля хранится в качестве вещественного доказательства и подвергается в случае необходимости дальнейшему исследованию.

Петля может быть одинарной, двойной, тройной и т. д., состоять из многих оборотов. Это обстоятельство также имеет значение при оценке конкретного случая повешения. Далее при осмотре петли необходимо обращать внимание на материал, из которого сделана петля. Большей частью для петли употребляется тот материал, который, во-первых, имеется под рукой, а во-вторых, те из предметов, которые покойный привык

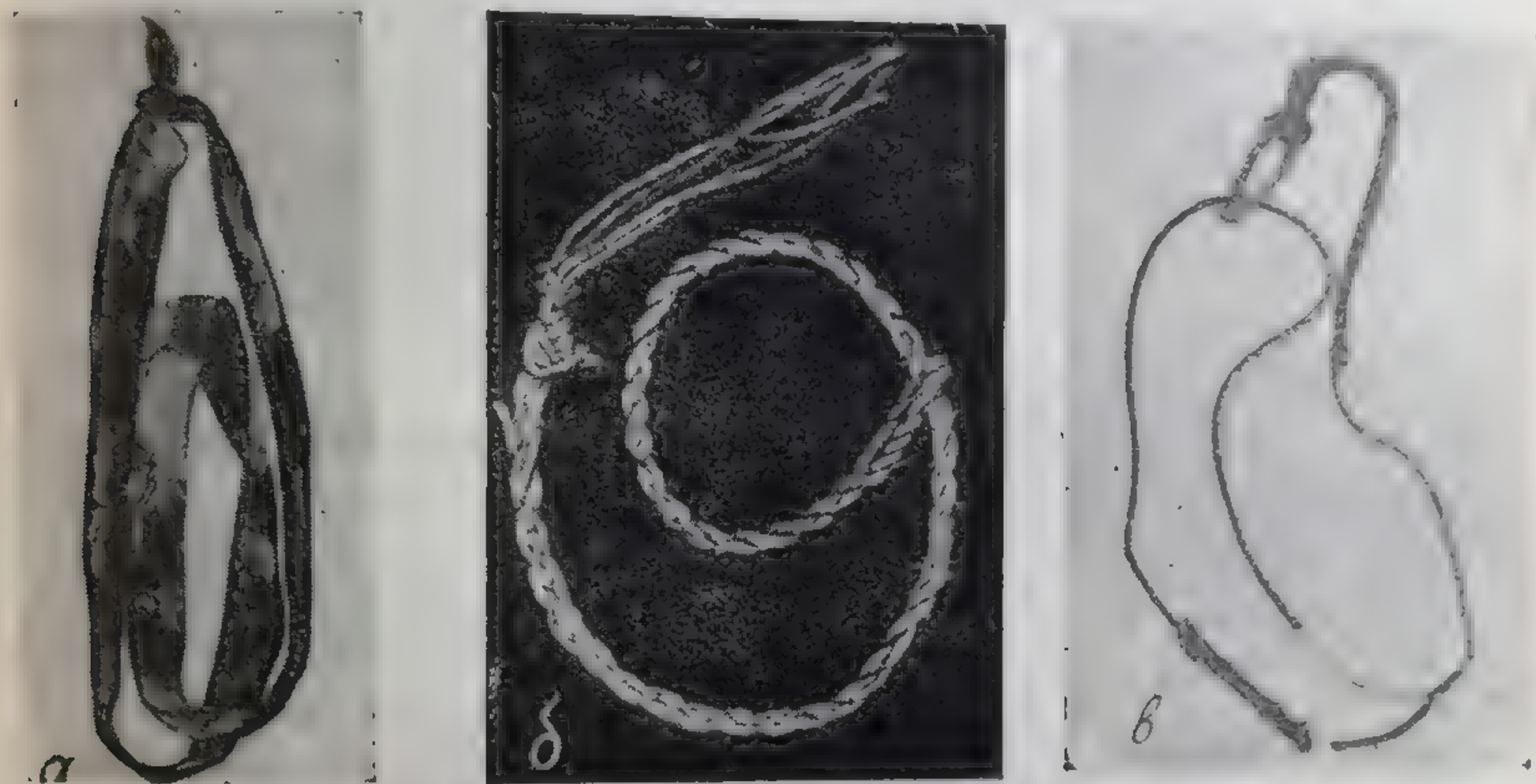


Рис. 88. Петли из пояса от халата — (а), веревки (б) и электропровода — (в)

повседневно употреблять. Так, встречаются петли, сделанные из различных предметов туалета: у мужчин — из подтяжек, поясных ремней; у женщин — из шарфов, косынок, чулок, подвязок и т. д. (рис. 88 а, б, в).

Некоторые петли носят профессиональный характер. Например, петля из электропровода у монтера, петля из струны у контрабасиста. Отдельные петли своим характером прямо указывают на подготовку к самоубийству. Так, встречаются петли, выложенные изнутри ватой, полотенцем и другими мягкими предметами, которыми самоубийца предполагал смягчить давление, оказываемое петлей на шею. Понятно, что такие петли имеют большое судебно-медицинское и криминалистическое значение. В зависимости от материала, из которого делаются петли, различают жесткие петли, например, из твердой веревки, электропровода и других сходных материалов, и мягкие, сделанные из мягких материалов, например, полотенца, шарфа, бинта

и т. д. (рис. 89—91). При осмотре петли не следует забывать об измерении окружности петли, снятой с шеи, и о положении ее свободного конца, так как в дальнейшем в процессе исследования могут возникнуть вопросы, связанные с длиной петли, ростом покойного, возможностью повешения в петле такой длины.

Признаки смерти от повешения. При исследовании трупа эксперт должен подтвердить или отвергнуть смерть

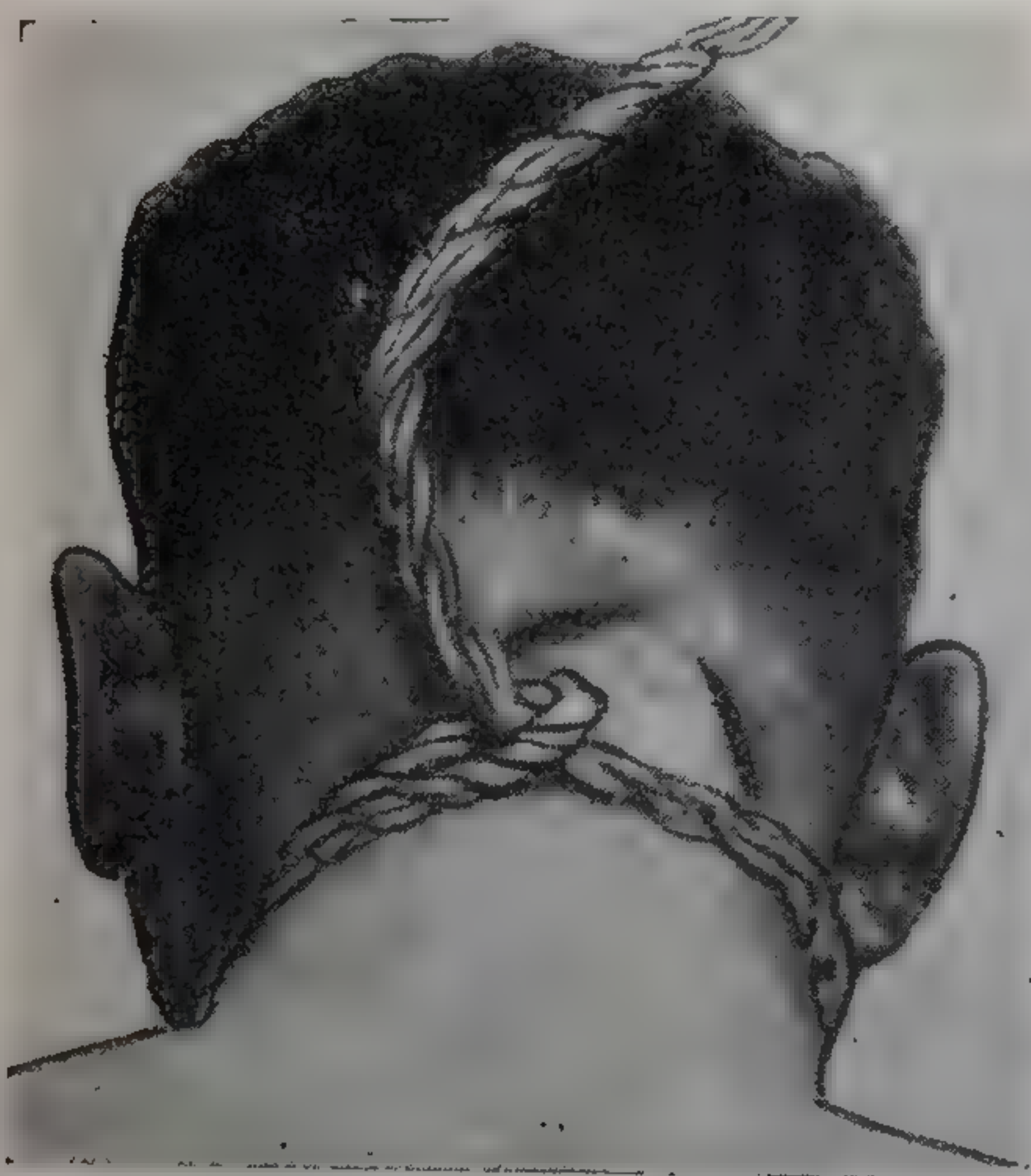


Рис. 89. Скользящая петля из веревки.
Самоповешение

от повешения. Какими же признаками характеризуется этот вид задушения? Естественно, что на трупе находят те общие для смерти от задушения признаки, которые характеризуют вообще эту смерть, и, кроме того, некоторые особенности, указывающие именно на этот вид задушения — на повешение.

Расположение трупных пятен может иногда указывать на положение трупа при повешении, если труп в этом положении пробыл по крайней мере 10—12 часов. Трупные пятна располагаются, обычно, в нижележащих частях и у трупа, провисевшего в петле не-

сколько часов, трупные пятна будут располагаться на нижних конечностях, в области нижней половины туловища, на кистях и предплечьях, в то время как верхняя половина туловища — лицо и верхние конечности — окажутся бледными. Следовательно, по расположению трупных пятен в ряде случаев можно судить о положении, в котором находился труп. Трупные пятна, как это и наблюдается при задушении, бывают обычно резко выражены, но у субъектов истощенных, пожилых они могут быть выражены слабо. Экхимозы могут наблюдаться в коже лица, особенно век, на соединительной оболочке глаз, в области трупных пятен.

Основным признаком, характеризующим смерть от повешения, является отпечаток петли на шее, который называется странгуляционной бороздой. Странгуляционные борозды, являясь отпечатком петли, иногда настолько четко передают особенности материала петли, что по их внешнему виду

можно сделать вывод, из чего была сделана петля. Различают странгуляционные борозды плотные и мягкие. В одних случаях борозда бывает пергаментной плотности, буро-коричневого от-



Рис. 90. Петля из поясного ремня. Самоповешение



Рис. 91. Петля из электрошнура с подложенным полотенцем. Самоповешение

тенка и на ощупь оказывается плотной (рис. 92, 93). В других случаях она имеет вид бледной полосы на фоне окружающей

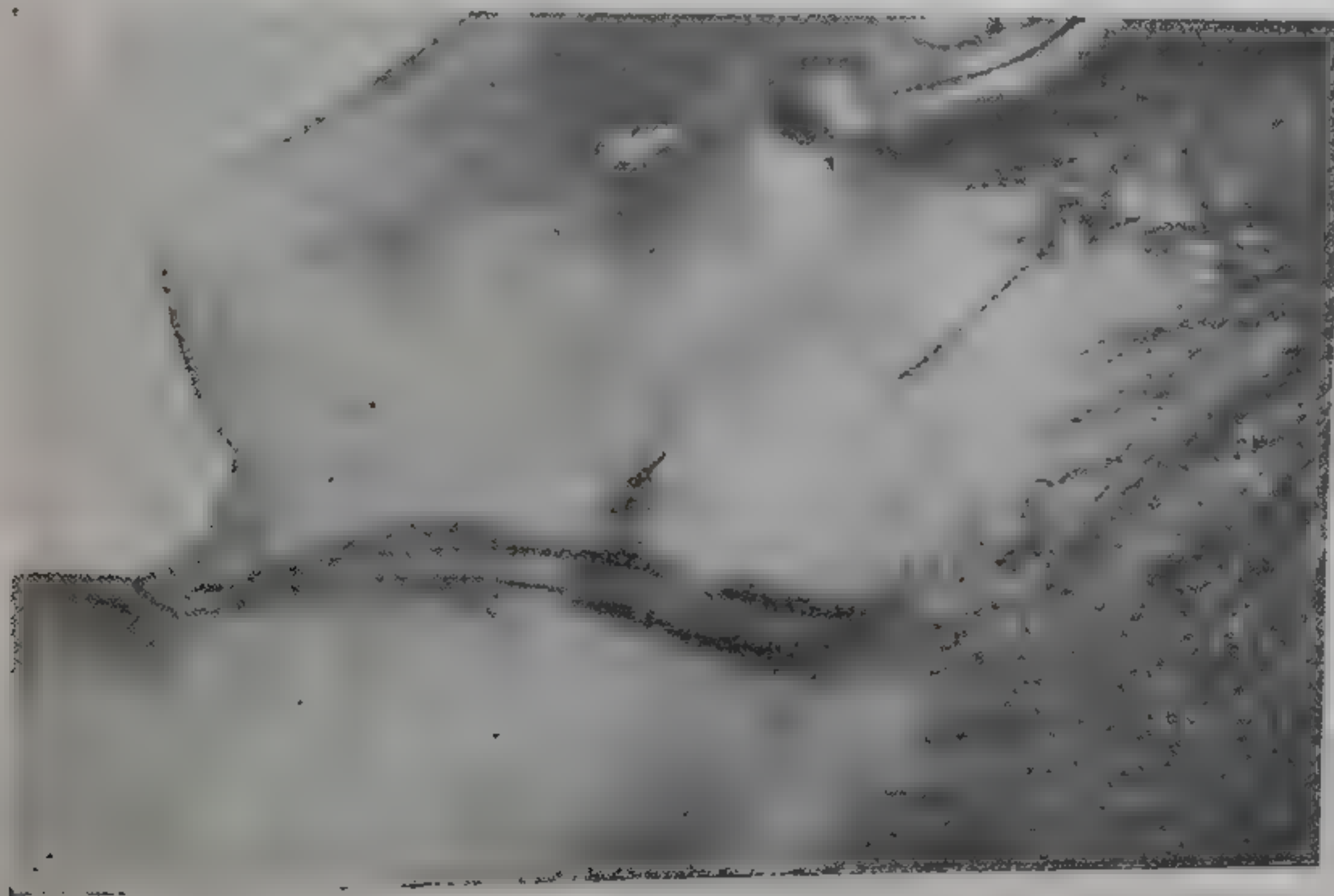


Рис. 92. Плотная странгуляционная борозда

кожи, и кожа по ходу борозды остается мягкой (рис. 94, 95 а, б). Эти особенности странгуляционных борозд зависят от механизма образования их.

Жесткие, твердые петли при затягивании на шее скользят по поверхности кожи, сдавливают, сдвигают ее и повреждают,

осадняя при этом верхний слой кожи. Возникает нечто вроде ссадины, которая затем подсыхает, и в результате остается отпечаток петли желто-бурого цвета, пергаментной плотности.

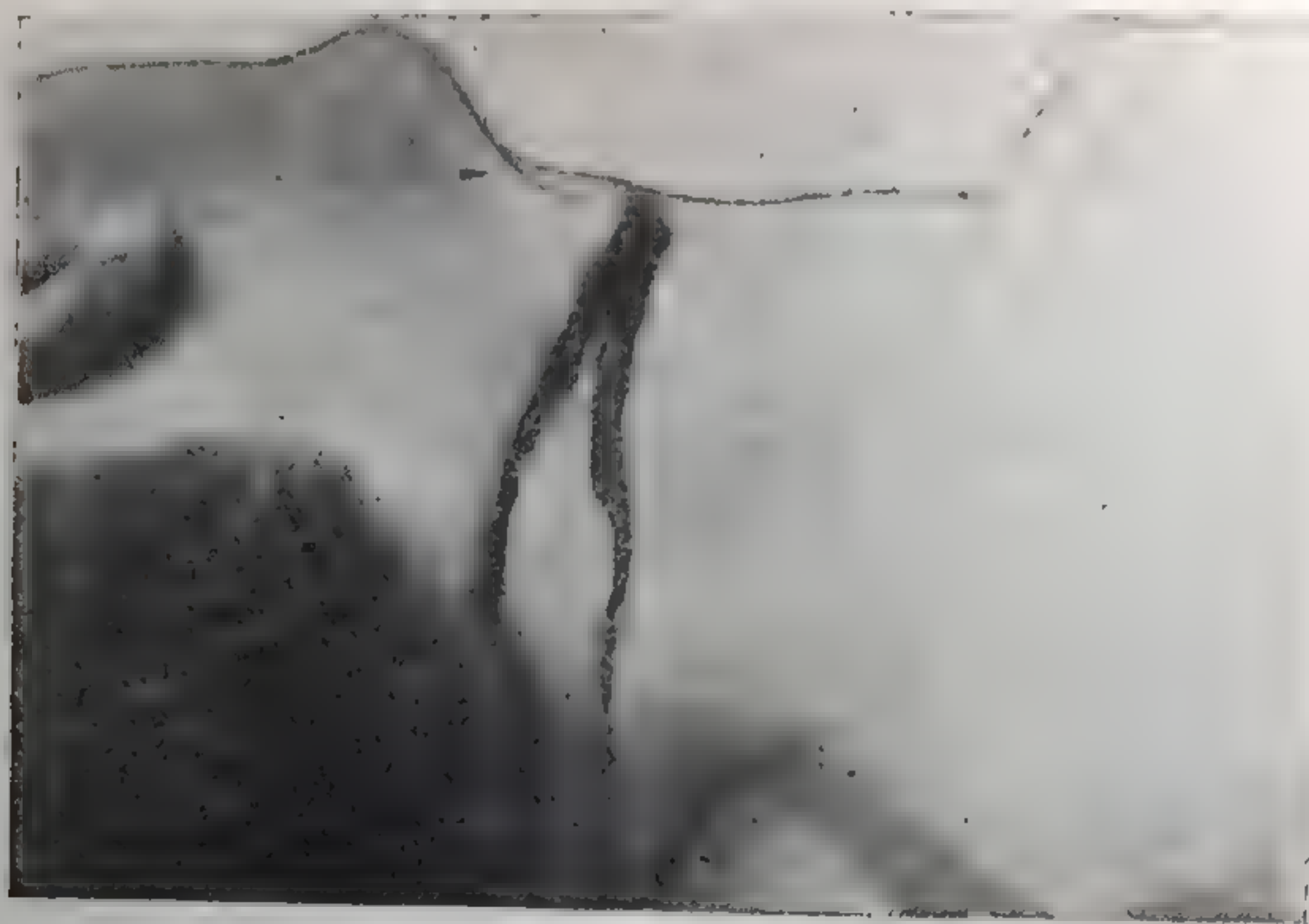


Рис. 93. Двойная странгуляционная борозда. Самоповешение

Так образуется плотная странгуляционная борозда. Мягкая петля из мягкого материала оказывает только давление на

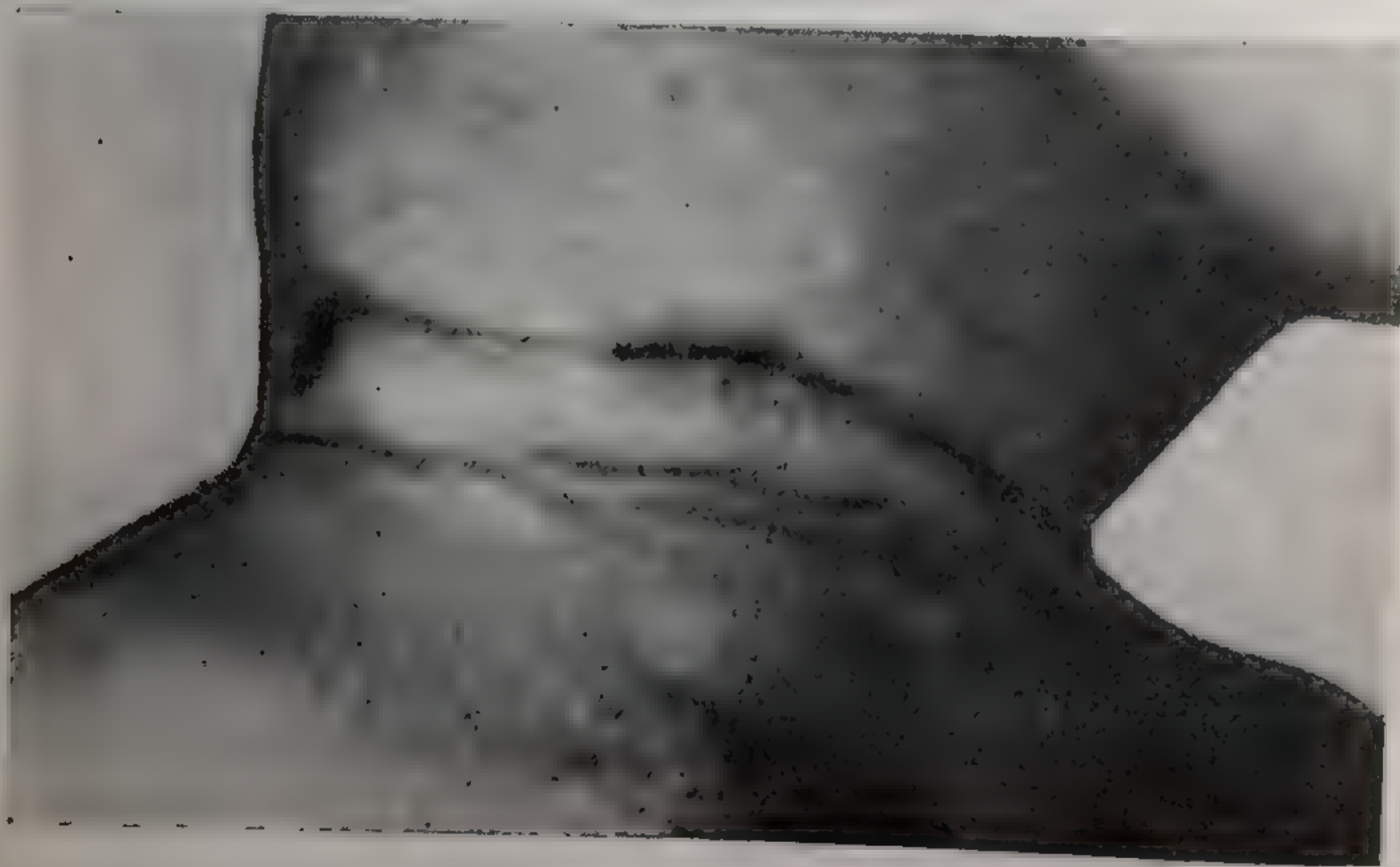


Рис. 94. Мягкая (бледная) странгуляционная борозда

кожу. Кровь из поверхностных кожных сосудов выдавливается, и след от такой петли остается в виде бледной, вдавленной, мягкой борозды.

Нужно учитывать еще продолжительность давления петли на шею. При недолговременном давлении петли на шею борозда может остаться мягкой и при наложении жесткой петли; наоборот, при наложении мягкой петли и длительном давлении ее на шею может возникнуть плотная странгуляционная борозда. Далеко не всегда борозда однородна на всем ее протяжении. В ряде случаев мы наблюдаем прерывистую странгуляционную

борозду, в которой плотные жесткие участки чередуются с мягкими, бледными участками. Это зависит от неравномерного давления петли на кожу в отдельных местах. В том месте, где

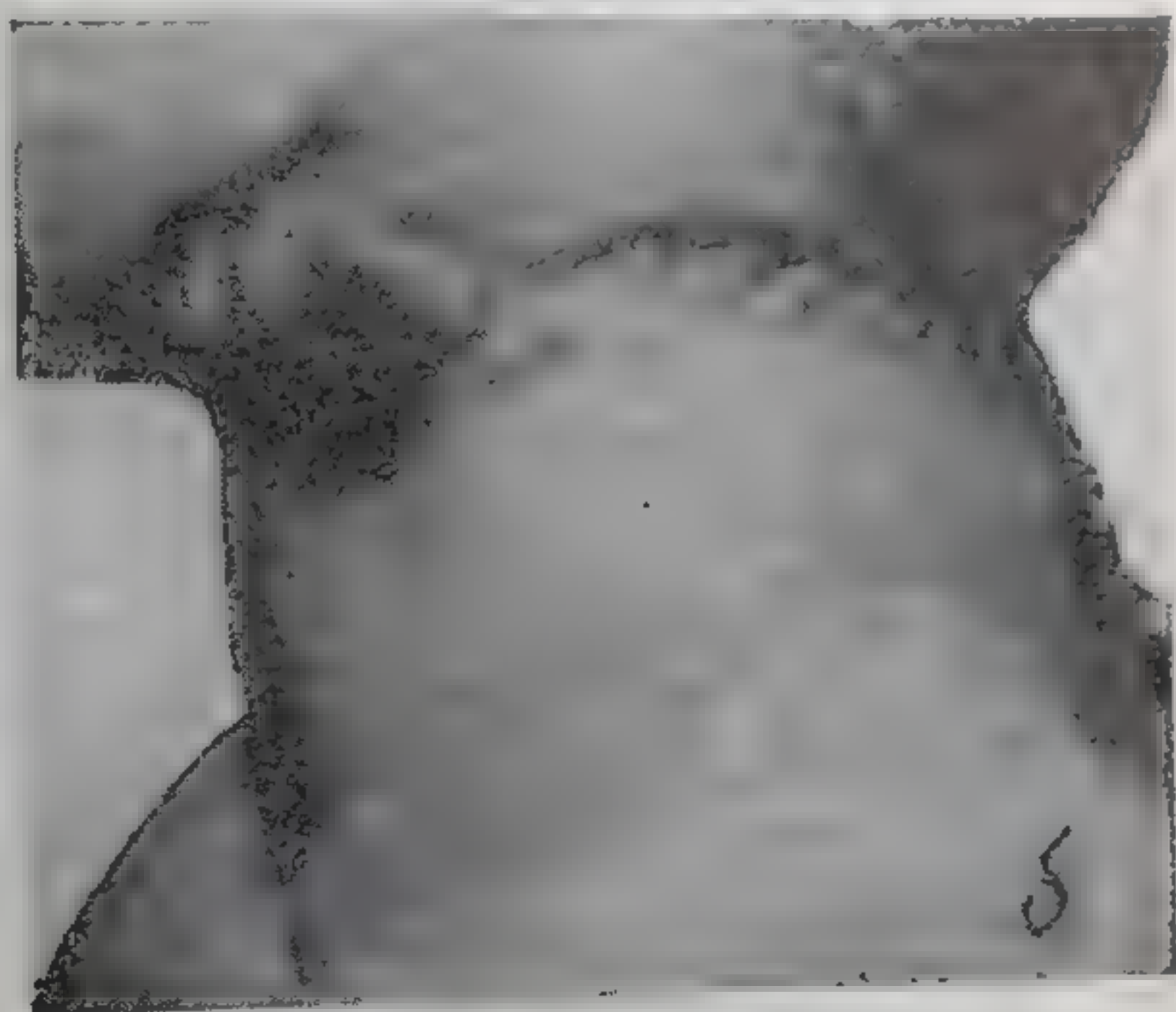
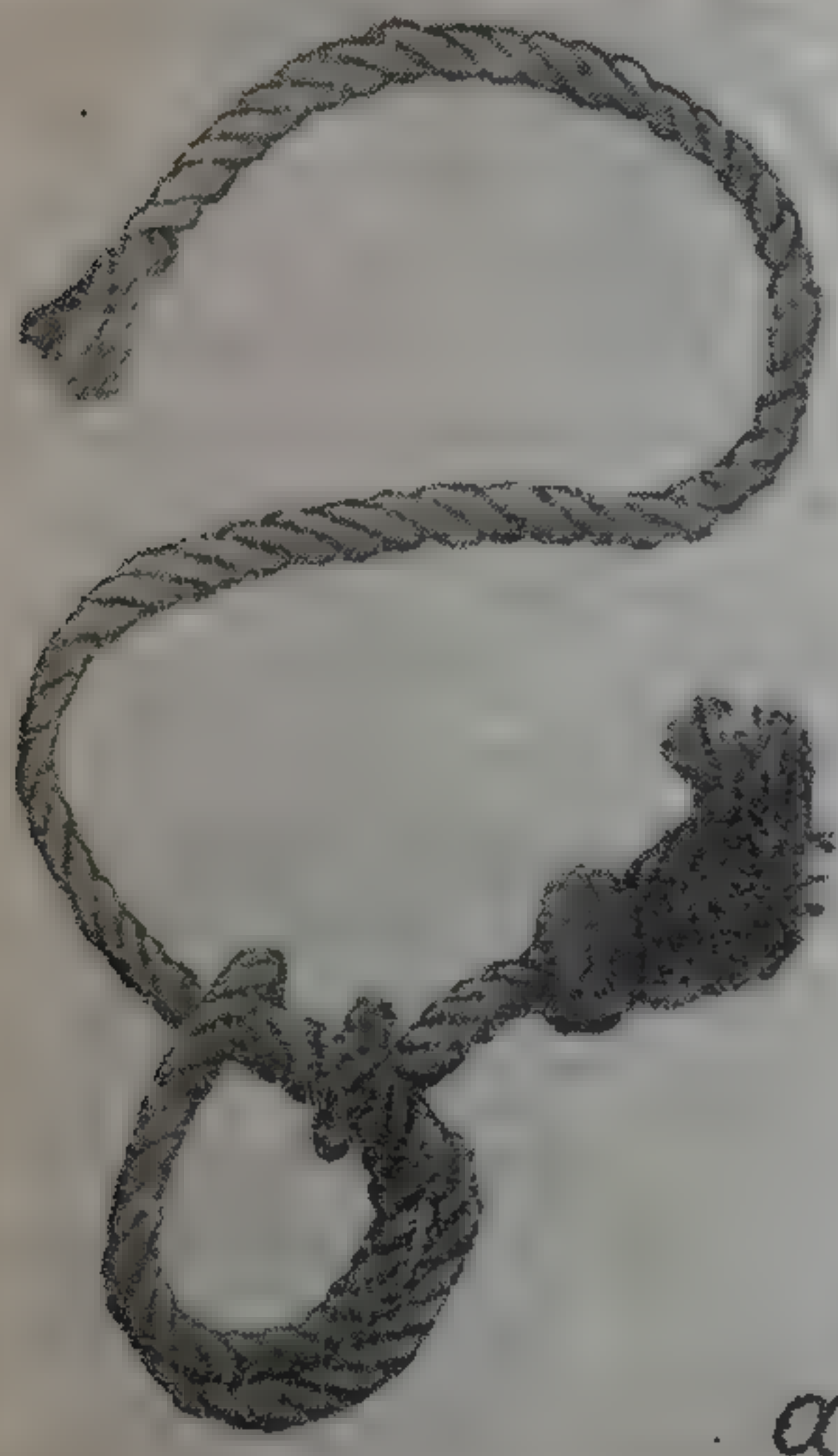


Рис. 95. Петля из веревки (а), ее отпечаток на шее (б)

узел петли прилегает к поверхности тела, остается отпечаток этого узла в виде одной или нескольких ссадин буроватого цвета.

Обычно петля неполностью охватывает шею. В месте, прилегающем к узлу, борозда исчезает. Это зависит от того, что концы петли, поднимаясь к узлу, который упирается в поверхность тела, уже не касаются кожи и поэтому не оставляют отпечатка. При осмотре странгуляционной борозды необходимо обращать внимание еще и на ее направление. При повешении, как правило, странгуляционная борозда проходит не горизонтально вокруг шеи, а имеет восходящее направление, причем концы борозды направляются вверх, в сторону узла петли. На поверхности, противоположной узлу петли, борозда располагается горизонтально по поверхности шеи, а затем оба ее конца по обеим поверхностям шеи начинают приподниматься по направлению к узлу (рис. 96).

Чаще всего узел петли бывает расположен в затылке, и такое положение петли принято называть **типичным**.

Повешение в таком положении называют **типичным повешением**. Реже узел располагается под подбородком или на

боковых поверхностях шеи. Поэтому такое расположение узла и повешение в таком положении называют **атипичным** (рис. 97, 98). При типичном повешении странгуляционная борозда горизонтально проходит по передней поверхности шеи, затем концы ее начинают подниматься по боковым поверхностям шеи к волосистой части затылка, где они сближаются под углом, но не доходят на некоторое расстояние друг к другу, исчезая в волосистой части головы. Таким образом, странгуляционная борозда при повешении, как правило, остается незамкнутой, а прерывается вблизи расположе-

Рис. 96. Типичное расположение узла петли

ния узла. При отдельных положениях трупа странгуляционная борозда при повешении может проходить и горизонтально во-

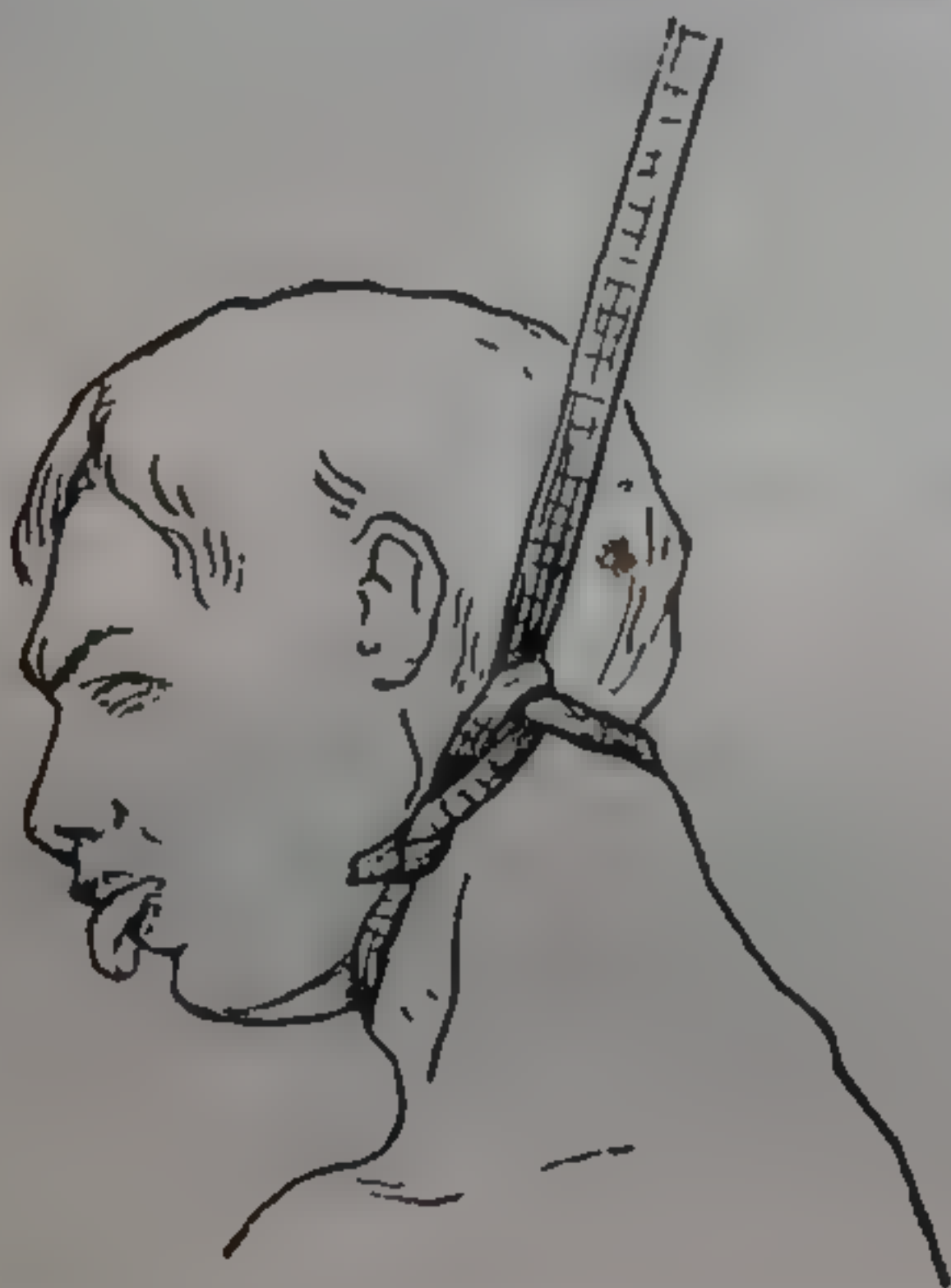


Рис. 97. Атипичное расположение узла петли (боковое)



Рис. 98. Атипичное расположение узла петли (переднее)

круг шеи. Это наблюдается при повешении в лежащем положении, когда петля привязывается где-нибудь вверху, например к спинке кровати, а труп лежит на полу лицом вниз. Таким

образом, узел петли и свободный ее конец отходят от поверхности шеи непосредственно вверх, перпендикулярно к продольной оси тела. В этих случаях странгуляционная борозда может проходить горизонтально вокруг шеи, и восходящего направления ее концов установить уже нельзя.

Хотя странгуляционная борозда является одним из наиболее ценных признаков повешения, тем не менее в ряде случаев ее может и не быть. Странгуляционная борозда отсутствует обычно в случаях, когда петля была из мягкого материала и пробыла на шее непродолжительное время или же повешение произошло необычным способом, например, когда шея попадает между планками забора, между ветвями деревьев.

На коже шеи могут встречаться изменения, симулирующие странгуляционную борозду. На трупах, подвергшихся гниению с образованием в подкожной клетчатке газов вследствие увеличения объема шеи, может оставаться отпечаток воротника, симулирующий после снятия одежды странгуляционную борозду. На трупах с поврежденной поверхностью кожи в области шеи при подсыхании поврежденных участков могут возникать пятна, полосы, напоминающие странгуляционную борозду. На трупах с поврежденной поверхностью кожи в области шеи, как это наблюдается особенно у упитанных детей с опрелостями, влажные участки кожи в области складок при высыхании дают полосы пергаментного вида, напоминающие странгуляционные борозды. Следовательно, нужно помнить о возможности симуляции странгуляционной борозды вследствие особых изменений и случайных повреждений кожи как при жизни, так и после смерти.

Прижизненное и посмертное образование странгуляционной борозды. В ряде случаев возникает сомнение в происхождении повешения и возникает подозрение в симуляции самоубийства, то есть повешении трупа человека, который предварительно был убит каким-либо другим способом. Эксперту в таких случаях ставится вопрос о том, образовалась ли странгуляционная борозда при жизни или после смерти. На прижизненное происхождение странгуляционной борозды могут указывать некоторые признаки. Например, по краям борозды иногда возникают мелкие кровоизлияния. Если борозда двойная, образовалась от сдавления шеи двойной петлей, то нередко между двумя ходами петли ущемляются валики кожи. Ущемление сопровождается очень часто появлением мелких кровоизлияний на вершине валика, которые также подтверждают прижизненное происхождение борозды (рис. 99).

Иногда на фоне плотной странгуляционной борозды можно видеть расширенные кровеносные сосуды с отдельными мелкими кровоизлияниями, что тоже может указывать на

прижизненное происхождение борозды. Нередко прижизненное происхождение странгуляционной борозды может быть подтверждено микроскопическим исследованием.

В ряде случаев отличить прижизненную странгуляционную борозду от посмертной довольно трудно, а иногда и невозможно. Посмертная странгуляционная борозда образуется в случаях, когда петля накладывается на шею трупа. Это наблюдается при попытках симулировать самоубийство и скрыть

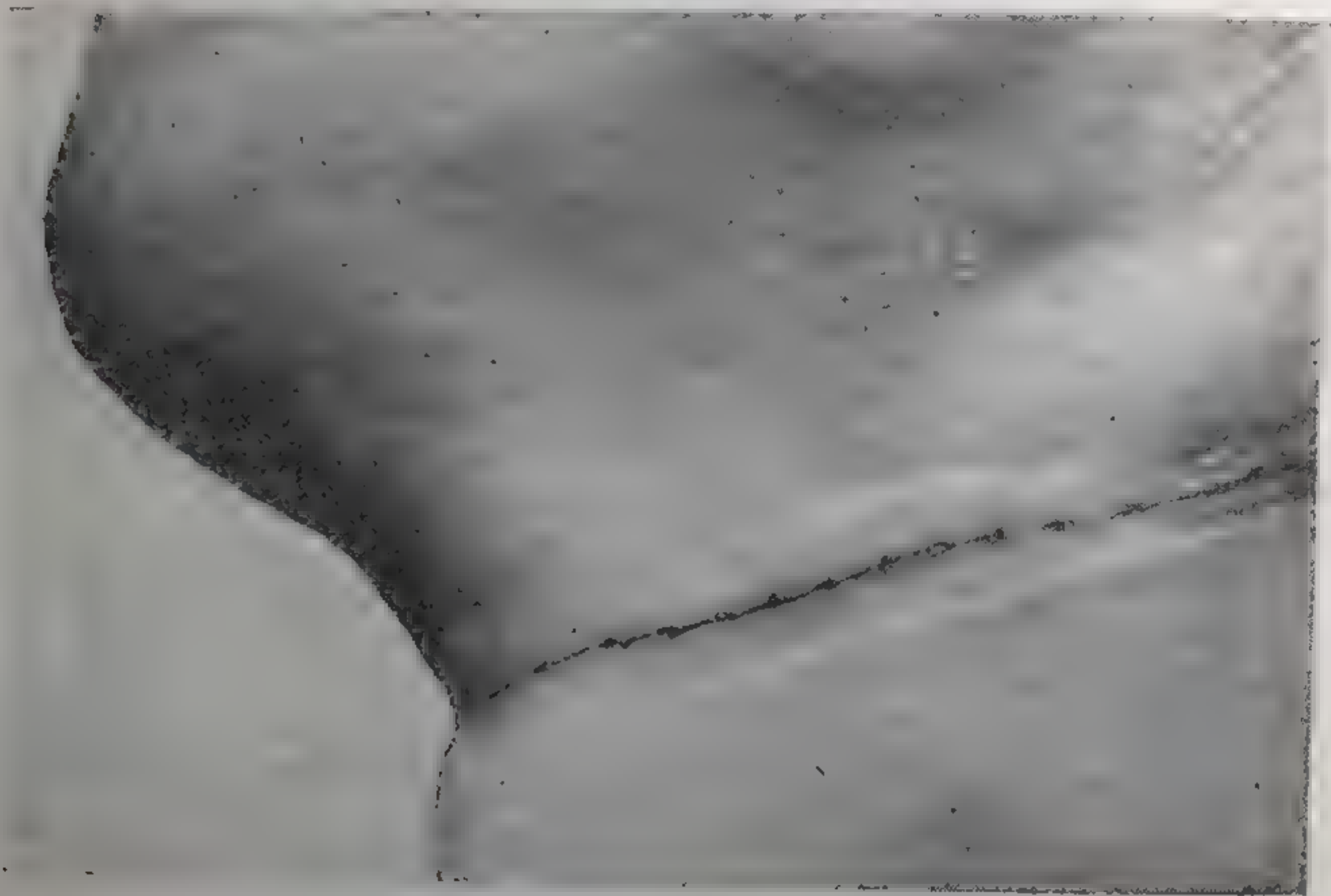


Рис. 99. Кровоизлияние на вершине ущемленного валика кожи

таким образом следы убийства. Посмертная странгуляционная борозда, особенно жесткая, обычно более бледная, без признаков какой бы то ни было реакции в окружающих тканях.

Из других изменений, встречающихся при повешении, следует отметить переломы рожков подъязычной кости и щитовидного хряща, надрывы внутренней оболочки сонных артерий, кровоизлияния в мышцы шеи, особенно грудино-ключично-сосцевые у места их прикрепления к груди, переломы шейной части позвоночника.

Механизм смерти при повешении имеет те же особенности, которые известны по отношению к механизму задушения вообще. Судорожный период при повешении бывает выражен резко. В судорожном периоде тело повесившегося может ударяться об окружающие предметы, получая при этом поверхностные повреждения в виде ссадин или кровоподтеков.

Не всегда при повешении смерть наступает от задушения. В некоторых случаях смерть наступает чрезвычайно быстро

после наложения петли на шею от паралича сердца или от шока, вызванного раздражением блуждающего нерва вследствие сдавления петель сосудисто-нервных пучков шеи. Сознание при повешении теряется чрезвычайно быстро. Этим объясняется тот факт, что повесившийся не всегда успевает вынуть пальцы из петли, которая прижимает их к шее, спустить ногу со стула и т. д.



Рис. 100. Странгуляционная борозда у оживленного повесившегося

При повешении возможны случаи возвращения к жизни повесившихся спустя более или менее продолжительное время пребывания их в петле (рис. 100). У лиц, извлеченных из петли живыми, наблюдается ряд нервных расстройств, в частности так называемая ретроградная амнезия, то есть потеря памяти на известный период времени, предшествовавший самоубийству, расстройство речи, связанное со сдавлением ветвей блуждающего нерва, воспаление легких, от которого нередко спасенные из петли и умирают.

Повешение может быть самоубийством, убийством, несчастным случаем. Возможна также симуляция повешения.

Повешение — самый распространенный способ самоубийства. Повешение — убийство — встречается сравнительно редко и

может быть совершенно без сопротивления лишь при особых обстоятельствах.

Повешение — несчастный случай — встречается редко.

Удавление петлей. Удавление петлей — вид механического задушения, возникающего вследствие затягивания наложенной на шею петли посторонней или собственной рукой, реже какими-нибудь движущимися частями машины. Удавление петлей встречается значительно реже повешения. Признаки этого вида механического задушения напоминают признаки смерти от повешения, но имеют свои особенности.

Из наружных признаков следует указать, как довольно постоянный признак, на резкую синюшность кожных покровов лица и шеи выше наложенной петли. Лицо представляется обычно несколько одутловатым, резко синюшным. В коже лица, особенно век, видны многочисленные экхимозы. Язык обычно выступает изо рта или ущемлен между зубами. Синюшная окраска распространяется на слизистые оболочки полости рта и на соединительную оболочку глаз, где также наблюдаются множественные и нередко крупные экхимозы. Такая «экхимотическая маска» встречается чаще на трупах молодых объектов, особенно при убийствах, когда петля затягивается очень туго. При затягивании петли собственной рукой эти изменения бывают выражены слабее. Странгуляционная борозда при удавлении петлей имеет свои особенности. Так же, как и при повешении, странгуляционная борозда может быть жесткой и мягкой в зависимости от материала петли и длительности пребывания ее на шее. Странгуляционная борозда может отсутствовать и при удавлении петлей, когда петля мягкая и пробыла на шее непродолжительное время. Бледная странгуляционная борозда может исчезнуть, если петля была снята вскоре после смерти.

Расположение странгуляционной борозды при удавлении петлей отличается от расположения ее при повешении. Странгуляционная борозда при удавлении петлей проходит горизонтально по отношению к продольной оси шеи и, как правило, образует замкнутый круг. Это объясняется механизмом наложения и затягивания петли при удавлении. Петля лежит вокруг шеи на одном уровне, узел затягивается плотно, и перерыва вследствие этого обычно не наблюдается, если только узел не слишком велик и не оттягивает подходящих к нему концов петли. Иногда в петлю вставляется предмет, который поворачивается несколько раз вокруг своей оси для того, чтобы петля была туго затянута.

При осмотре трупов необходимо обращать внимание на характер петли и ее узлов, расположение петли на шее, количество оборотов и на материал, из которого сделана петля. Все

это имеет существенное значение для решения вопроса о происхождении удушения.

Расположение узла петли может быть различным. При самоубийствах мы чаще встречаем расположение узла спереди или сбоку, то есть там, где самоубийце удобнее было завязывать узел. При убийстве наблюдается чаще расположение узла на задней поверхности шеи, но это, конечно, не является строго обязательным. Точно так же большое количество оборотов петли является более характерным для самоубийства. При убийстве встречается, как правило, одиночная петля. Существенное значение имеет и материал, из которого была сделана петля. Необычный материал петли больше свидетельствует о самоубийстве.

Происхождение удушения петлей. Удушение петлей в противоположность повешению чаще бывает убийством. Редко встречаются случаи самоубийства посредством удушения петлей, и, наконец, возможны несчастные случаи, когда концы какого-либо предмета, находящегося на шее, попадают в движущиеся части машины. Убийство посредством удушения петлей иногда сочетается с удушением руками. В этих случаях дополнительно встречаются признаки и этого вида смерти.

При вскрытии погибших от удушения петлей существенное значение имеют повреждения, обнаруживаемые в области шеи: кровоизлияния по ходу странгуляционной борозды в подкожной клетчатке и мышцах шеи, переломы хрящей гортани, подъязычной кости. Обнаружение обширных повреждений в области шеи свидетельствуют об убийстве. Однако и в случаях несомненного убийства может не быть никаких изменений в области шеи.

Удушение руками. Удушение возможно только посторонней рукой. Наружные признаки задушения при удушении руками выражены слабее, чем при удушении петлей. Экхимозы в коже и в соединительной оболочке глаз выражены значительно слабее. При наружном осмотре трупа из признаков, указывающих на удушение руками, характерными являются повреждения в области шеи в виде ссадин и кровоподтеков. Ссадины на передней и боковых поверхностях шеи, а иногда и на задней поверхности шеи часто имеют чрезвычайно характерную полулунную форму и представляют собой отпечатки ногтей, но бывают и другой формы в результате того, что жертва при сопротивлении двигается и пальцы преступника передвигаются по поверхности шеи жертвы, и поэтому ссадины приобретают различную форму. Помимо ссадин, в области шеи можно обнаружить кровоподтеки, большей частью округлой формы, от давления концами пальцев (рис. 101).

Характерные признаки удушения руками могут полностью отсутствовать, особенно в случаях, когда удушение производилось через мягкий предмет, покрывающий шею, — шарф, платок, воротник рубашки и т. д. При внутреннем осмотре в области шеи в клетчатке и мышцах можно обнаружить также кровоизлияния, переломы хрящей гортани, подъязычной кости и рожков щитовидного хряща и подъязычной кости. Переломы легче возникают у пожилых лиц с окостеневшими хрящами, но могут встречаться и у молодых субъектов. Однако и эти повреждения не постоянны и могут отсутствовать, что объясняется,

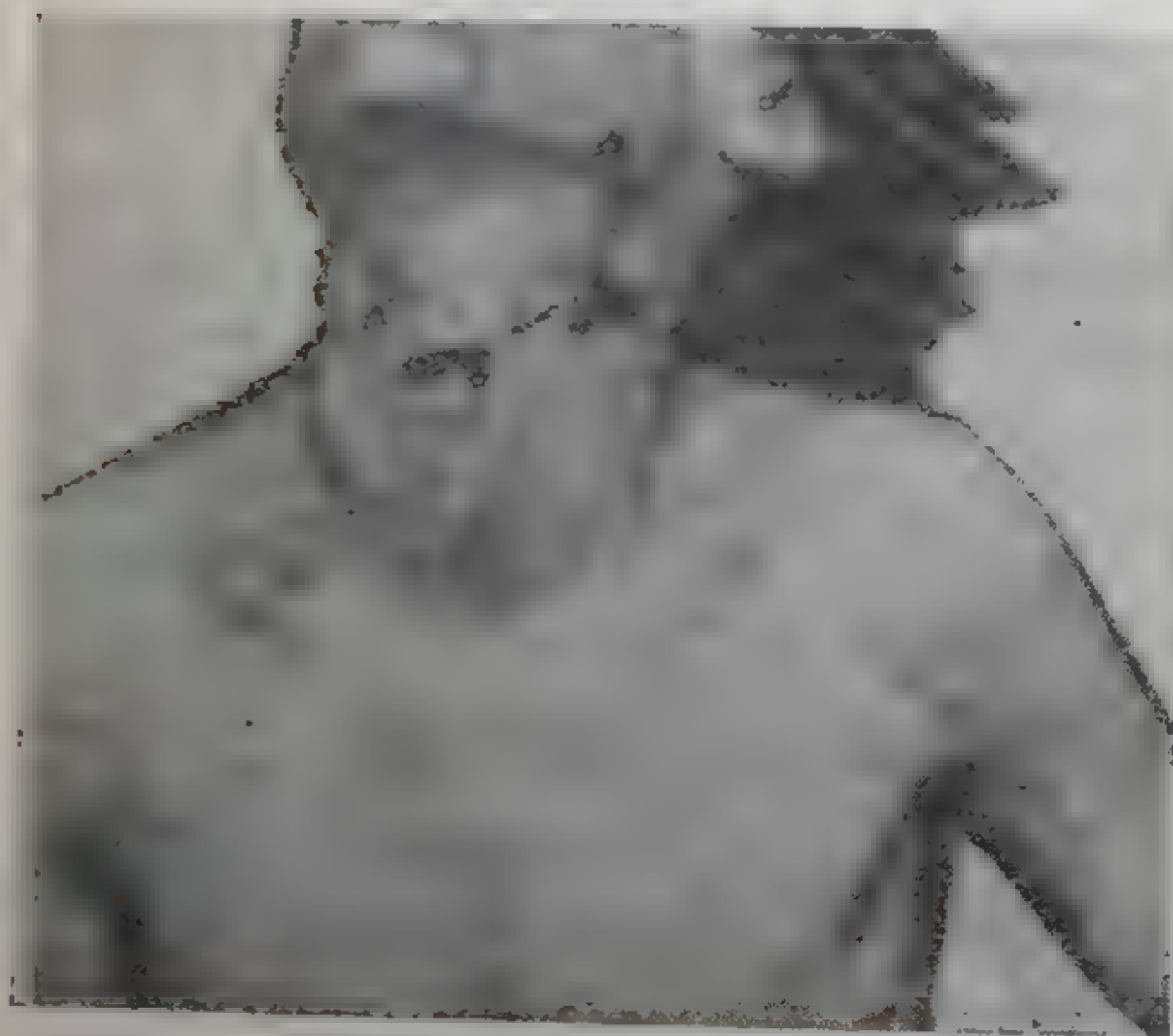


Рис. 101. Удушение руками. Ссадины на коже шеи

по-видимому, быстрой потерей сознания у жертвы и меньшим давлением на шею. Удушение руками нередко комбинируется со сдавлением коленями груди и живота. При этом могут возникать переломы ребер, кровоизлияния в мышцы груди и даже повреждения внутренних органов, например печени. Убийцы прибегают также к закрытию дыхательных отверстий носа и рта, в окружности которых можно иногда обнаружить повреждение кожи в виде ссадин на крыльях носа, верхней губе, подбородке.

Закрытие наружных отверстий дыхательных путей. Этот вид задушения возникает при закрытии дыхательных отверстий носа и рта обычно мягкими предметами. В силу отсутствия характерных признаков распознавание этого вида смерти затруднено. При осмотре и вскрытии лиц, погибших от закрытия дыхательных отверстий мягкими предметами, никаких признаков, кроме общих для смерти от задушения, не обнаруживается. Изредка при тщательном осмотре можно найти в окружности отверстий носа и рта мелкие повреждения кожи, ссадины, посторонние частички в полости рта в виде пушинок, перьев, если закрывали подушками, или ссадины и кровоизлияния на слизистой оболочке внутренней поверхности верхней, нижней губы от придавливания их к зубам, кровоподтеки и осаднения на деснах. В связи с этим эксперт лишен возможности указать происхождение задушения при отсутствии каких-либо других признаков подобного вида смерти и дает заключение лишь о том, что смерть последовала при явлениях задушения.

Происхождение задушения от закрытия дыхательных отверстий. Смерть от закрытия дыхательных отверстий может быть убийством и несчастным случаем. Убийство взрослых и детей совершается чаще всего путем набрасывания мягких предметов на жертву, лишенную возможности сопротивляться во сне или в состоянии опьянения. Наброшенные на голову предметы прижимаются к лицу и удерживаются до тех пор, пока жертва не впадает в бессознательное состояние или не окажется мертвой. При сопротивлении жертвы на ней и на преступнике нередко обнаруживаются следы борьбы и самообороны в виде ссадин, кровоподтеков, укусов. Случайное закрытие дыхательных отверстий наблюдается у пьяных и у лиц, находящихся в бессознательном состоянии. Часто это случается во время эпилептического припадка, когда больной попадает лицом в подушку и в таком положении погибает.

Особого внимания заслуживают так называемое «присыпание» детей грудного возраста матерью при кормлении или во время сна, а также смерти детей в яслях обычно во время сна, что часто связывается с задушением от закрытия дыхательных отверстий мягкими предметами. Как правило, такие случаи оказываются внезапной смертью от болезненных причин, что доказывается детальным изучением каждого случая и, в частности, микроскопическим исследованием внутренних органов ребенка (см. гл. XXIV о скоропостижной смерти).

Задушение инородными телами. Попадание инородных тел в дыхательные пути или закрытие входа в гортань очень быстро ведет к смерти. В большинстве случаев смерть наступает здесь не всегда от задушения, иногда от шока вследствие раздражения окончаний блуждающего нерва. Диагноз при этом виде механического задушения устанавливается обычно легко на основании нахождения у входа в гортань или в просвете дыхательной трубки инородного предмета, вызвавшего задушение.

Происхождение задушения инородными телами. Этот вид задушения встречается преимущественно как несчастная случайность. Сюда относится, например, часто встречающееся задушение рвотными массами у пьяных или задушение рвотными массами во время наркоза при недостаточной подготовке больного, что, правда, в экстренных случаях и не всегда возможно. Случайное задушение встречается также у детей, которые держат во рту различные предметы, а затем при смехе, кашле, сильном вдохе втягивают их в дыхательные пути. У взрослых, находящихся в состоянии опьянения, встречается задушение кусками пищи крупных размеров при попытке проглотить их.

Возможны случаи убийства или случайного задушения, когда жертве запихивают в рот какой-нибудь предмет, желая

лишить ее возможности кричать. Наконец, известны и попытки самоубийства, особенно у психических больных, введенном в рот посторонних предметов.

Сдавление груди и живота. Задушение может быть вызвано препятствиями, мешающими дыхательным движениям при сдавлении груди и живота тяжелыми предметами. Часто этот вид задушения, особенно у взрослых, дает чрезвычайно ярко выраженные признаки, легко позволяющие поставить правильный диагноз. Весьма характерен внешний вид трупа. Кожные покровы на значительном протяжении, а иногда почти повсюду имеют резко синюшный вид. Кожа темного, сине-багрового цвета с большим количеством мелких и более крупных кровоизлияний — экхимозов. Слизистые оболочки и соединительные оболочки глаз также резко синюшные с большим количеством экхимозов. Синюшность кожи резко отличается от светлых участков ее в тех местах, которые подверглись сдавлению. При внутреннем исследовании трупа обнаруживают значительное полнокровие внутренних органов и большое количество экхимозов повсюду. Иногда, помимо описанных изменений, можно обнаружить дополнительно те или иные повреждения в виде, например, переломов ребер, разрывов внутренних органов и т. д.

Происхождение сдавления груди и живота. У взрослых этот вид механического задушения наблюдается преимущественно как несчастный случай во время работ, при обвалах, сдавления кузовом автомашины и т. д. У грудных детей такое задушение может возникнуть в результате сдавления их телом матери во время сна.

Утопление. Утоплением называется закрытие дыхательных путей жидкостью. Обычно утопление происходит в воде, но возможно и в других жидкостях, например, в нефти, в нечистотах. Этот вид задушения по своей распространенности стоит на втором месте после повешения. Обстоятельства утопления очень разнообразны. Для смерти от утопления не обязательно погружение всего тела в воду. Достаточно погружения в воду только дыхательных отверстий, через которые жидкость проникает в дыхательные пути. Поэтому возможно утопление при таких обстоятельствах, когда, например, в реку бывает погружена только голова, а все туловище находится на берегу, при погружении головы в бочку с водой, при попадании лицом в лужу, что бывает иногда с пьяными или страдающими припадками эпилепсии. Обычно приходится встречать утопление при полном погружении тела в воду.

Диагноз смерти от утопления основывается на наружных и внутренних изменениях трупа. У утопленников, извлеченных из воды вскоре после попадания в воду, наблюдаются следующие явления: кожа представляется холодной вследствие того, что

в трупe утонувшего температура тела быстро сравнивается с температурой окружающей среды. Кожа имеет вид «гусиной». Трупные пятна несколько более светлой, розовато-красной окраски, чем обычно при смерти от задушения. У отверстий носа и рта появляется белая пена, похожая на куски ваты (рис. 102). Если труп пробыл в воде несколько часов, то начинают появляться признаки вымачивания кожи (мацерации) (см. стр. 184—186).

При внутреннем исследовании наибольшие изменения наблюдаются со стороны легких. Они представляются раздутыми, выступающими при вскрытии плевральных полостей, с закругленными и заходящими друг за друга краями.



Рис. 102. Утопление. Пена у отверстий носа и рта

На поверхности легких в свежих случаях можно заметить чередование более темных и более светлых полос соответственно расположению ребер и межреберных промежутков. Под плеврой и на поверхности легкого иногда можно увидеть широко расплывающиеся розово-красные пятна, представляющие собой крупные экхимозы. Легкие представляются иногда тяжеловесными вследствие большого содержания жидкости, стекающей с поверхности разрезов легких в виде пенистой кровянистой жидкости. Дыхательные пути у свежих трупов бывают заполнены беловатой пеной, а позднее кровянистой жидкостью. Большое доказательное значение имеет обнаружение в дыхательных путях всяких посторонних частичек, которые располагаются на дне водоемов: ила, песка, мелких камешков, водорослей. Присутствие таких частиц, безусловно, доказывает смерть от утопления, потому что эти частицы могли попасть только при активном втягивании их в дыхательные пути, когда еще совершались дыхательные движения. Жидкость при утоплении может попадать в желудок. Присутствие жидкости в желудке и кишечнике имеет меньшее доказательное значение, чем присутствие посторонних частичек в легких, ибо жидкость может и по-смертно проникать в труп при длительном пребывании трупа в воде.

Механизм утопления. Утопление — процесс, продолжающийся в течение трех-пяти минут. Предварительной стадией

является борьба утопающего, стремящегося выбраться на поверхность воды, доплыть до берега. Утопающий при этом старается удержаться на поверхности воды, зовет на помощь, скрывается под водой, вновь появляется и, наконец, потеряв силы, окончательно погружается в воду и теряет сознание. Далее развивается картина задущения. Могут наблюдаться судорожные рефлекторные движения, во время которых утопающий, будучи в бессознательном состоянии, хватается за находящиеся в воде предметы. После прекращения дыхания сердечная деятельность продолжается еще в течение нескольких минут, благодаря чему утопленники, извлеченные вскоре после погружения из воды, могут быть возвращены к жизни при помощи соответствующих мер. Однако они не всегда приходят в сознание и очень часто умирают от осложнений, в частности от воспаления или отека легких.

Смерть в воде. Нередко встречаются случаи, когда человек, находящийся в воде, внезапно скрывается под водой, и даже при быстром извлечении из воды все попытки вернуть его к жизни оказываются тщетными. Вскрытие трупа не устанавливает каких-либо изменений, характерных для смерти от утопления. В таких случаях происходит не утопление, а смерть в воде от различных причин. Иногда эти изменения легко обнаруживаются при вскрытии трупа в виде заболеваний сердца, кровоизлияния в мозг. В большинстве же случаев никакие особенно резко выраженные болезненные изменения со стороны внутренних органов не обнаруживаются, и смерть объясняется внезапной остановкой, параличом сердца.

Очень часто предрасполагающими к такой внезапной смерти моментами бывают эмоциональный шок, перенесенные «на ногах» заболевания вроде гриппа, ангины. В других случаях можно установить перегревание на солнце, физическое переутомление, предшествующее купанью, злоупотребление алкоголем и особенно часто — переполнение желудка пищей. Эти обстоятельства нередко ведут к перераспределению крови в организме, малокровию центральной нервной системы и рефлекторной остановке сердца.

Нередко внезапная смерть в воде от этих причин наблюдается у молодых людей, хорошо развитых физически, даже пловцов-спортсменов. Иногда ситуация бывает такова, что возникает подозрение о насильственной смерти в смысле убийства — утопления.

Изменение трупа от пребывания в воде. Пребывание трупа в воде сопровождается своеобразными изменениями кожных покровов. Эти изменения носят название мацерации (вымачивания). От действия воды кожа разрыхляется, набухает, сморщивается, становится белой. Такие изменения кожи могут

быть и у живого человека (банная кожа, кожа прачек). На трупе, находящемся долгое время в воде, эти изменения продолжают развиваться дальше. Верхние слои кожи, постепенно набухая, отделяются и сходят. На кистях рук такое отслоение

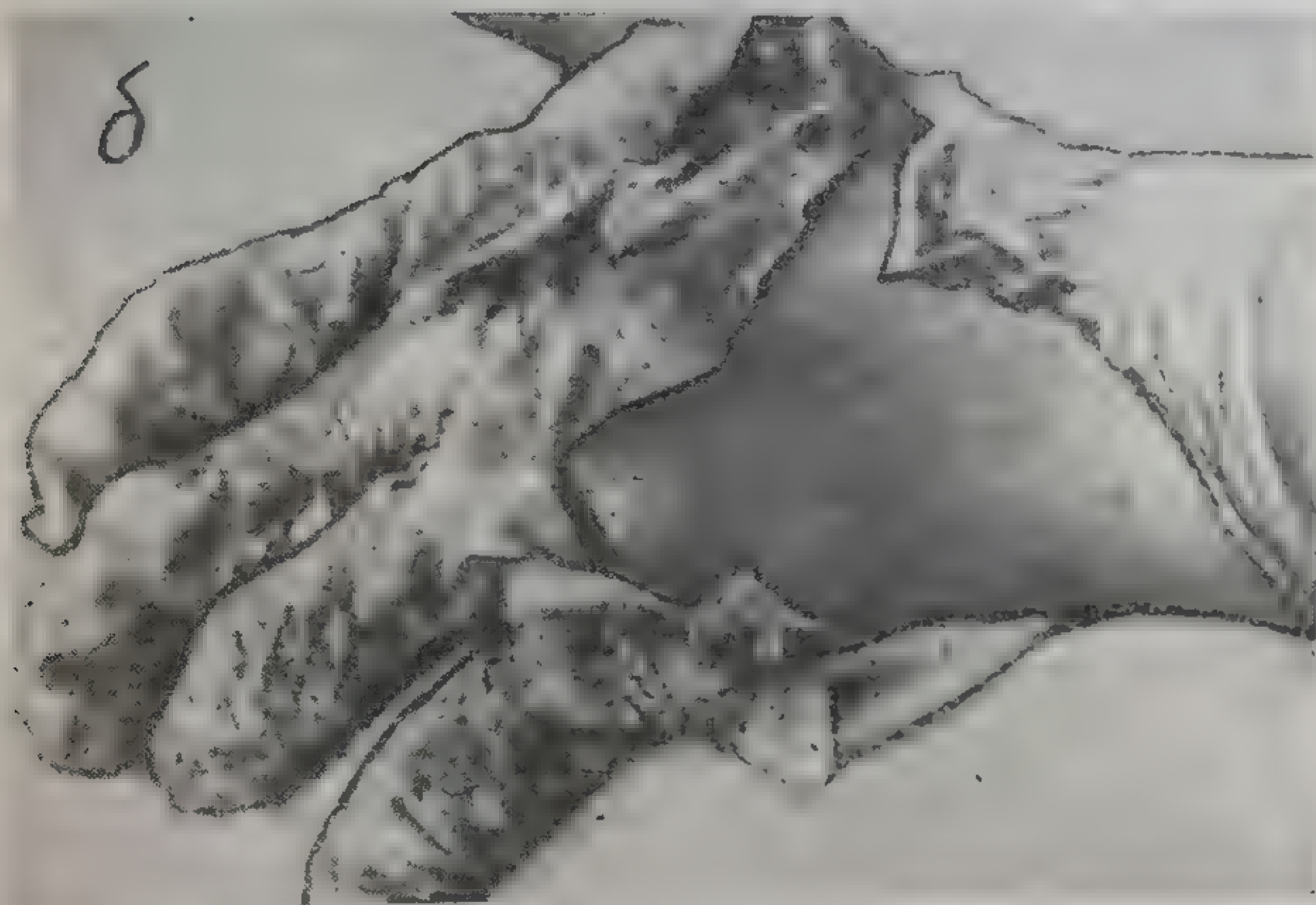
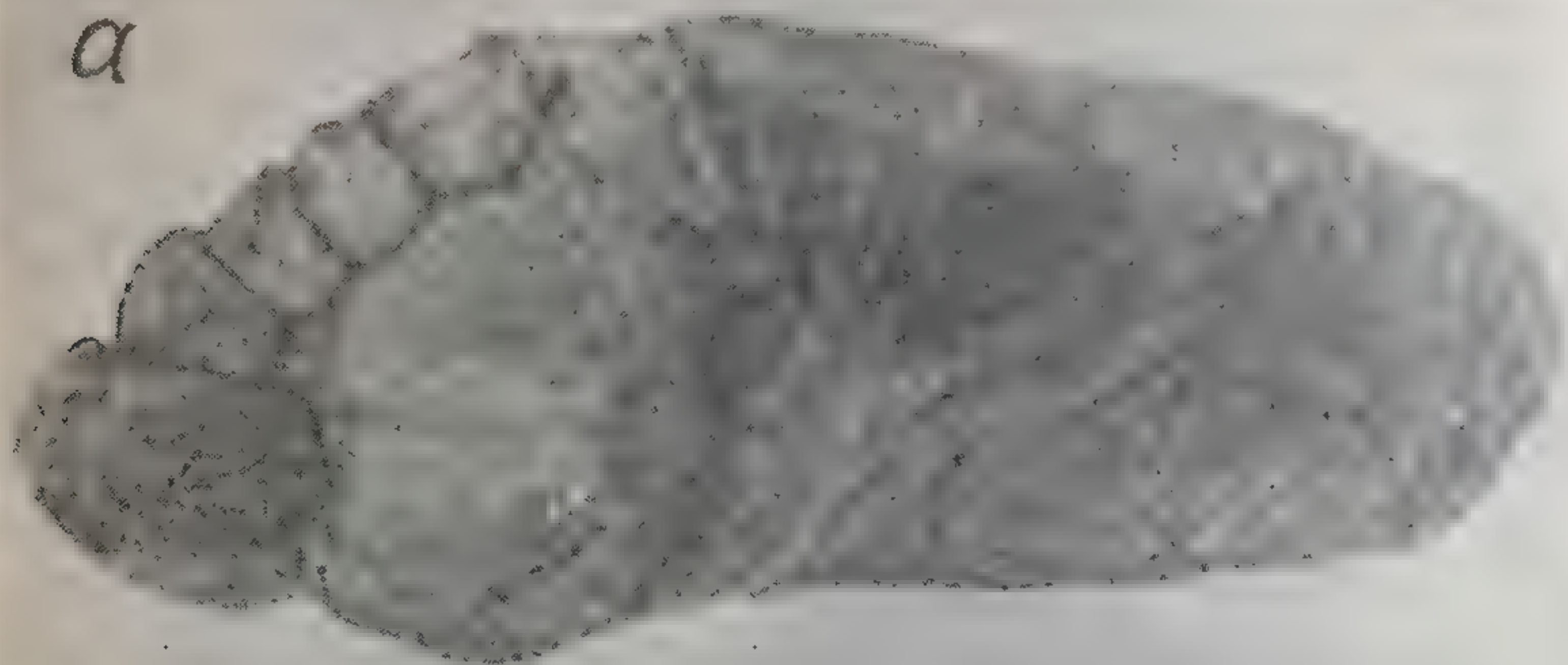


Рис. 103. а) Мацерация кожи ступни при длительном пребывании кожи в воде б) «Перчатка смерти»

кожи может захватывать всю кисть, и кожа сходит в виде перчатки («перчатка смерти») вместе с ногтями. На стопах кожа также может отделиться целиком в виде чехла вместе с ногтями (рис. 103а, б). Одновременно с эпидермисом легко отделяются и волосы. После отторжения мацерированных тканей кожа имеет гладкую поверхность, а ногтевые ложа напоминают отделенные ногти.

Резче всего мацерация бывает выражена на тех местах, где имеется огрубевшая, оmozоленная кожа: на ладонях, на стопах, на передней поверхности коленных суставов, на задней поверхности локтевых суставов. Мацерация указывает только на пребывание трупа в воде и не является признаком утопления. По степени мацерации можно до известной степени судить о длительности пребывания трупа в воде. При дальнейшем пребывании трупа в воде возникают изменения, характеризующиеся образованием жировоска.

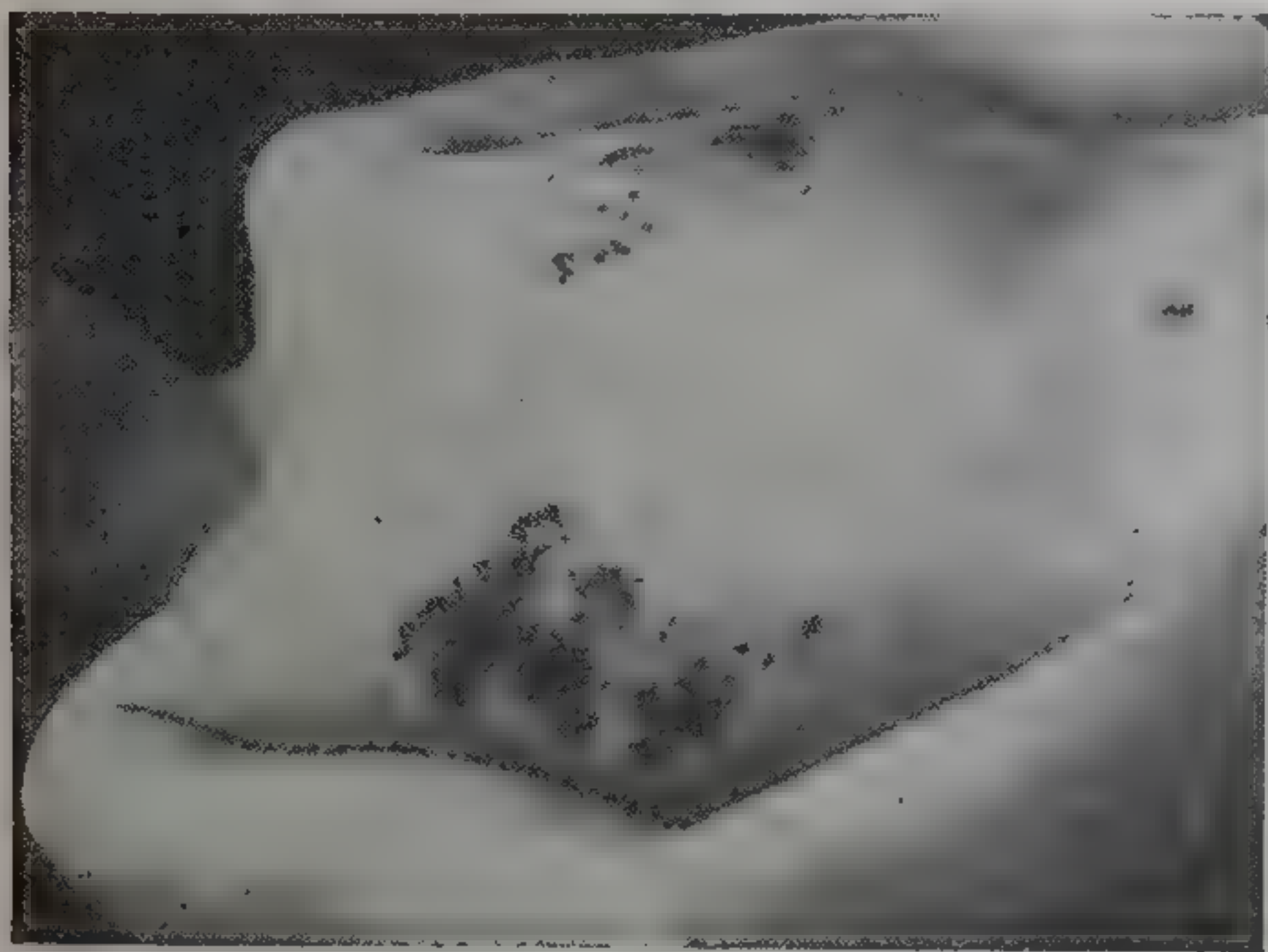


Рис. 104. Утопление. Осаднение кожи от искусственного дыхания

Повреждения на трупах утопленников. Обнаруживаемые на трупах утопленников повреждения по времени их возникновения могут быть различного происхождения. Прижизненные повреждения могут наноситься посторонними лицами, самим утонувшим перед утоплением и от ударов при падении, при прыжках в воду, случайном падении в водоемы, от ударов о по-

падающиеся на пути предметы или предметы, находящиеся в воде. Эти повреждения имеют все признаки прижизненных повреждений. Агональные повреждения могут возникать в случаях, когда утонувшего, например, разыскивали баграми. В агонии могут возникать повреждения концов пальцев в виде ссадин на руках, пальцах, обламывания ногтей при судорожных движениях утопающего, находящегося в бессознательном состоянии. Агональные повреждения могут возникать при ударах тела о предметы, находящиеся в воде, если тело передвигается быстрым течением. Агональные повреждения также сопровождаются признаками прижизненного происхождения, но менее резко выраженными. Такого рода повреждения можно, например, наблюдать при безрезультатных попытках возвращения к жизни утонувших (рис. 104). Посмертные повреждения могут возникать от рыб, раков, повреждающих ткани трупа (рис. 105), от предметов, находящихся в воде, при протаскивании трупа течением по дну водоема. Когда труп всплывает и движется по течению водоема, он может попадать под движущиеся по реке суда, винты которых также могут вызвать обширные повреждения с разрушением костей, отделением частей тела.

Посмертные повреждения характеризуются отсутствием каких-либо изменений в окружности поврежденных тканей. Установить прижизненное происхождение повреждений на трупах, длительно пролежавших в воде, иногда невозможно.

Происхождение утопления. Чаще всего встречается случайное утопление во время купанья, занятия водным спортом, форсирования водных преград, особенно в жаркое время года. Нередки случаи утопления-самоубийств. Утопление может быть и убийством без каких-либо других видов насилия, или жертва предварительно оглушается, приводится в бессознательное состояние другим способом, а затем уже подвергается утоплению.



Рис. 105. Повреждение трупа водяными животными

Водоемы нередко служат также местом, где пытаются скрыть трупы лиц, убитых другим способом. В водоемы бросают и опускают иной раз расчлененные трупы.

Установить происхождение утопления чрезвычайно трудно, а иногда даже и невозможно — в случаях, когда никаких других повреждений и следов при исследовании трупа не обнаруживается. В этих случаях эксперт на основании только вскрытия трупа лишен возможности дать заключение о происхождении утопления, и основное внимание должно быть направлено на собирание других доказательств. Не всегда следует придавать большое значение и основывать свои заключения на некоторых внешних обстоятельствах, сопровождающих утопление, в смысле дифференциального диагноза. Например, извлечение трупа, связанного по рукам и ногам, еще не указывает на убийство-утопление, ибо самоубийцы иногда перед утоплением связывают себя для того, чтобы лишить возможности спасения. Точно так же присутствие тяжестей в карманах одежды трупа

или привязанных к нему не дает еще оснований предполагать умышленное сокрытие трупа или утопление жертвы, ибо такие же средства применяют и самоубийцы. Поэтому при извлечении связанного трупа с привязанными тяжестями не следует торопиться с развязыванием узлов, освобождением трупа от посторонних предметов до детального и тщательного осмотра узлов, способов вязки, привязывания предметов, чтобы правильно уяснить себе характер происшествия.

§ 36. Задушение от действия ядовитых веществ

Смерть от задушения может быть обусловлена действием на организм ядовитых веществ. Механизм возникновения задушения при этом может быть различным.

Одни яды действуют непосредственно на дыхательный центр, вызывая угнетение и паралич дыхательного центра. К таким ядам относятся морфин и некоторые другие наркотики. Другие яды действуют на дыхательную мускулатуру, вызывая судорожный спазм ее и задушение (стрихнин).

Смерть от задушения наступает и в тех случаях, когда кровяной пигмент — гемоглобин изменяется под действием ядов и теряет способность воспринимать и переносить кислород.

Окись углерода вызывает образование карбоксигемоглобина. Бертолетова соль, нитриты, анилин и другие вещества переводят гемоглобин в метгемоглобин. Изменение кровяного пигмента приводит к кислородному голоданию организма и смерти от задушения.

Существуют также яды (соединения синильной кислоты, наркотики, алкоголь), вызывающие нарушение клеточного дыхания (способность клеток воспринимать кислород).

Таким образом, задушение может быть вызвано многими ядовитыми веществами, действующими на различные механизмы процесса дыхания.

Действие ядовитых веществ рассматривается в главе об отравлениях.

§ 37. Задушение от недостатка кислорода во вдыхаемом воздухе

Задушение от вдыхания инертных газов. Такие газы, как азот, метан, гелий, в обычных условиях не оказывают вредного влияния на организм человека. Однако нахождение в атмосфере этих газов при недостатке или отсутствии кислорода вызывает молниеносное задушение. Сознание при этом теряется обычно в первую минуту, иногда молниеносно, и вернуть к жизни пострадавших не всегда удается даже при даче им кислорода.

Такое задушение наблюдается при спуске в старые колодцы, коллекторы, в шахтах, прокладываемых тоннелях, в трюмах старых кораблей. В этих условиях происходят гниение и брожение органических веществ и постепенное поглощение кислорода из окружающего воздуха, что при плохой вентиляции приводит к накоплению инертных, а иногда и ядовитых (сероводород) газов. Работа в таких условиях без принятия мер предосторожности может вызвать несчастные случаи со смертельным исходом.

Пример: Рабочий спустился в подземный коллектор для ремонтных работ и через некоторое время был замечен там лежащим без движения. К нему на помощь спустился другой рабочий, который упал рядом с ним. Специальной командой оба рабочих были извлечены из коллектора уже мертвыми. Исследование пробы воздуха в коллекторе не обнаружило присутствия вредных газов, в частности сероводорода.

Смерть обоих рабочих последовала от недостатка годного для дыхания воздуха.

Задушение от низкого напряжения кислорода. В окружающей человека атмосфере может быть достаточное для дыхания количество кислорода, но поступление его в организм затрудняется недостаточным его напряжением. Это наблюдается при подъемах на большие высоты, при восхождении на горы, при высотных полетах. Состояние, наблюдающееся при подъемах на большие высоты, получило название горной и высотной болезни.

Развитие горной и высотной болезни объясняется кислородным голоданием, что может привести к смерти от задушения.

§ 38. Задушение от кровопотери

Большая потеря крови при острых кровотечениях, возникающих, например, при повреждениях, в конечном итоге приводит к смерти от кислородного голодания, то есть от задушения. При кровотечении теряется кровяной пигмент — гемоглобин, переносящий кислород к тканям, и тем самым нарушается процесс дыхания. При хроническом малокровии, сопровождающем многие заболевания, развивается хроническое кислородное голодание.

§ 39. Задушение при болезненных (патологических) состояниях

Многие болезненные (патологические) состояния сопровождаются острым или хроническим кислородным голоданием и заканчиваются смертью от задушения. Отек легких, распространенное воспаление легких, воспаление гортани при дифтерии, опухоли гортани и многие другие заболевания могут привести к смерти от задушения.

То, что было изложено о задушении, должно дать ясное представление о том, что в медицине понимается под задушением.

Задушение очень сложный процесс, вызываемый многими причинами. Этим объясняется также, что и клинические, и анатомические проявления задушения встречаются при очень многих состояниях, а это в свою очередь усугубляет трудности диагностики задушения и отдельных его видов при судебно-медицинских исследованиях трупов.

В судебно-медицинской практике имеют значение в основном те виды задушения, которые возникают в результате внешнего насилия, и прежде всего от механических препятствий для дыхания.

Раздел III

Воздействие других физических факторов

ГЛАВА VII

БОЛЕЗНЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ ВЫСОКОЙ И НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУР

§ 40. Действие высокой температуры. § 41. Действие низкой температуры

В судебно-медицинской практике приходится встречаться с повреждениями и смертью от слишком высокой и от слишком низкой температуры. Поэтому необходимо знать условия, при которых возникают эти повреждения, причины, вызывающие их а также изменения, позволяющие решать вопросы судебно-медицинского характера.

§ 40. Действие высокой температуры

Человеческий организм болезненно реагирует на повышение температуры окружающей среды свыше 50° . $50-60^{\circ}$ C являются почти предельной температурой, которую может переносить организм. Дальнейшее повышение температуры вызывает изменение белковых субстанций организма и тем самым приводит к смерти в короткое время. Воздействие высокой температуры на человеческий организм может быть общим в виде перегревания организма и местным, вызывающим ожоги.

Общее действие высокой температуры. Болезненные явления могут наступить и при значительно более низких температурах, чем $+50^{\circ}$. В результате высокой температуры внешней среды и затрудненной отдачи тепла во внешнюю среду происходят накопление тепла в организме и появление болезненных симпто-

мов: головокружение, слабость, мерцание в глазах, покраснение лица, учащение пульса, затрудненное дыхание, наконец, бессознательное состояние, судороги. Иногда перегревание приводит к смертельному исходу. Расстройства, вызванные перегревом организма, называются **тепловым ударом**. Его возникновению способствует повышенная влажность воздуха, усиленная мышечная деятельность, некоторые заболевания, особенно сердца, и другие условия.

Тепловой удар наблюдается при длительных маршах и переходах колоннами в теплое время года, обычно днем. Если люди идут плотной колонной, не рассредоточенно, то обычно в самой колонне температура воздуха еще более высока, чем температура окружающей среды. В результате у людей, в особенности идущих с определенной нагрузкой, могут развиваться перегревание организма и болезненные явления от теплового удара, иногда со смертельным исходом.

Тепловой удар наблюдается на некоторых производствах: у рабочих горячих цехов металлургических заводов, у кочегаров пароходов, особенно в летнее время в южных широтах, но может наблюдаться и у лиц, не занимающихся тяжелой физической работой и находящихся на открытом воздухе и при облачном небе. Так называемый солнечный удар объясняется теми же самыми условиями, что и тепловой. При солнечном ударе к действию тепла присоединяется действие лучистой энергии солнечных лучей, влияющих непосредственно на голову и тем самым на центральную нервную систему.

При вскрытии трупов лиц, погибших от теплового удара, нельзя отметить никаких особо характерных изменений. Внутренние органы, особенно легкие, головной мозг и мозговые оболочки, бывают переполнены кровью. В мягкой мозговой оболочке иногда наблюдаются рассеянные кровоизлияния. Мелкие кровоизлияния встречаются также в головном мозгу, иногда в большом количестве. Кровь остается жидкой и темной, переполняя кровеносные сосуды.

Местное действие высокой температуры. Действие пламени, горящих жидкостей, паров, раскаленных предметов вызывает местные изменения тканей и органов, называемые **ожогами**.

В зависимости от интенсивности и продолжительности действия этих факторов изменения бывают различной интенсивности. В связи с этим различают четыре степени ожога. При ожоге первой степени наблюдаются только покраснение и некоторая припухлость кожи; вторая степень ожога сопровождается появлением пузырей, наполненных прозрачной жидкостью (рис. 106); третья степень характеризуется появлением участков омертвения кожи — струпа и четвертая степень — обугливание тканей — наблюдается только при действии пламени и

раскаленных предметов. Ожоги, вызванные горячими жидкостями или парами, называются обвариванием (рис. 107).



Рис. 106. Обширные ожоги тела горящим керосином. Взрыв привода

Расположение ожогов при сгорании и обваривании чрезвычайно важно в судебно-медицинском отношении, так как позво-

ляет судить о действии пламени, направлении и растекании, например, горячей жидкости.

Опасность ожогов для здоровья заключается не столько в степени ожогов, сколько в их распространенности. Так, ожоги первой степени, занимающие более половины тела, уже могут вызвать смерть. Ожоги второй степени, занимающие свыше одной трети поверхности тела, также считаются смертельными.

Нужно отметить, что у детей смертельный исход нередко обуславливается и сравнительно небольшой поверхностью обожженного участка. У детей приходилось видеть ожоги, занимающие часть предплечья или небольшой участок на груди, животе, приводившие к смертельному исходу.

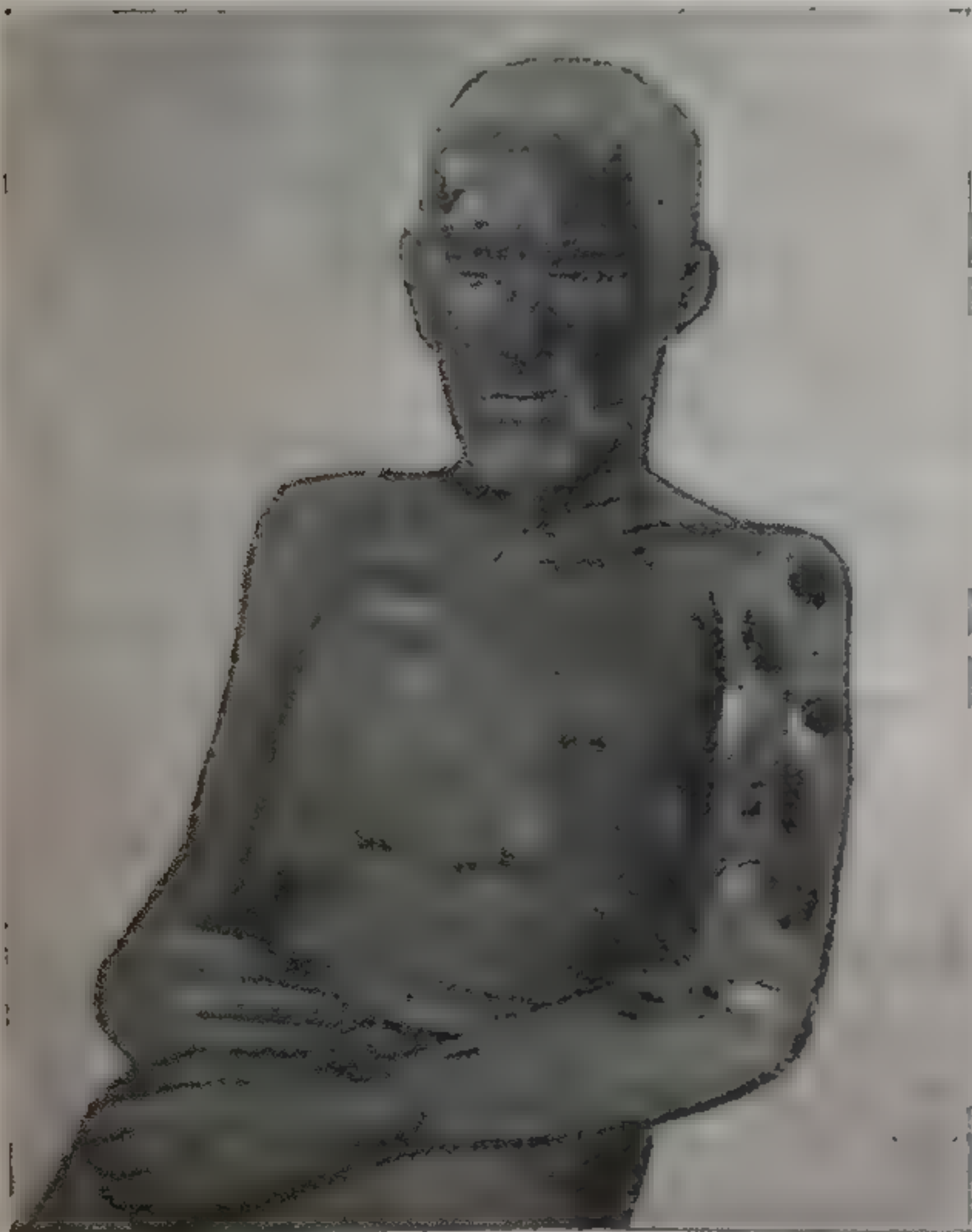


Рис. 107. Ожоги второй степени при взрыве котла

Причины смерти при ожогах различны. Быстрая смерть при ожогах в результате поражения большой поверхности тела объясняется шоком. Шоком может быть объяснена также смерть

через некоторый промежуток времени после ожога в результате резкого раздражения и поражения нервных окончаний, вызываемых действием высокой температуры. Смерть, наступающая в более поздние сроки, то есть в первые дни после ожога, возникает иногда в результате самоотравления организма продуктами распада, которые всасываются с обожженных участков в организм и в дальнейшем выделяются почками. В еще более поздние периоды в результате ожогов развиваются осложнения: воспаление легких, особенно часто у детей, общее заражение



Рис. 108. „Поза боксера“ при обширных ожогах тела III степени

организма, гнойные воспаления кожи и подкожной клетчатки, внутренних органов и другие тяжелые заболевания.

При действии пламени нужно также иметь в виду возможность отравления окисью углерода.

Изменения, обнаруживаемые при вскрытии трупов. При больших распространенных ожогах пламенем, когда наступают значительные изменения поверхности тела вплоть до обугливания, трупы имеют характерный внешний вид. При наступающем в первые моменты тепловом окоченении мышц происходит сгибание конечностей. Руки сгибаются в локтевых и лучезапястных суставах и приводятся к туловищу. Ноги сгибаются в коленях. Позвоночник изгибается вперед, в результате чего плечи оттягиваются назад, так же как и голова. Такую позу называют «позой боксера» (рис. 108).

Нужно иметь в виду, что даже при обширных ожогах трупа отдельные участки кожи могут оставаться совершенно неизменными. Это наблюдается в тех местах, где к коже плотно прилегают одежда или обувь, например, лифчик, пояс и другие части одежды и обуви. Такие участки неизменной кожи могут наблюдаться даже на трупах, частично обугленных, с обширными ожогами (рис. 109). Вскрытие обугленных трупов

чрезвычайно затруднительно, тем не менее никогда не следует от него отказываться.

При судебно-медицинской экспертизе таких трупов возникают вопросы, касающиеся опознания трупа, повреждений, обнаруженных на трупе, установления времени наступления смерти и причины ее, прижизненного или посмертного происхождения обнаруженных повреждений. Опознание трупа в таких случаях затруднено. Лицо бывает резко изменено обугливанием, наружные половые органы часто настолько разрушены, что



Рис. 109. Сохранение частей одежды и обуви на обугленном трупе

определить пол можно только при вскрытии трупа. Для опознания нужно обращать внимание на такие части тела, как зубы, которые сохраняются и при действии очень высокой температуры. Большое значение имеют остатки одежды, которые могут сохраняться в виде отдельных обрывков, часто с хорошо выраженным рисунком и характером ткани. Поэтому чрезвычайно важно остатки одежды, обнаруживаемые на таких трупах, сохранять до опознания.

При сильном действии пламени разрушаются брюшная стенка, грудная клетка и повреждаются внутренние органы. Кости и зубы, подвергшиеся сильному действию пламени, становятся чрезвычайно хрупкими. Нередко при этом происходит повреждение костей черепа.

Из внутренних изменений следует указать на своеобразный вид скелетной мускулатуры, которая оказывается как бы вареной, светло-глинистого вида, или же сухой, волокнистой. Кровь в крупных сосудах принимает вид легко крошащейся суховатой

массы коричневого цвета. Нередко над твердой мозговой оболочкой в области черепа наблюдается присутствие скоплений крови, имеющей такой же вид, как и в сосудах. Эти скопления крови посмертного происхождения. Иногда неопытным экспертом они могут быть приняты за результат прижизненной травмы, особенно при одновременном разрушении костей черепа.

Вопрос о прижизненном или посмертном происхождении ожогов возникает нередко. При значительном обугливании трупов приходится руководствоваться дополнительными данными, например, наличием копоти в дыхательных путях, на слизистой оболочке трахей, бронхов, что указывает на активное вдыхание продуктов сгорания. Обязательным при исследовании обгоревших трупов является также спектральный анализ крови, которым может быть обнаружено изменение кровяного пигмента в результате действия продуктов сгорания, в частности окиси углерода. Обнаружение карбоксигемоглобина также является признаком вдыхания продуктов сгорания. При ожогах второй и третьей степени прижизненное происхождение их доказывается явлением реактивного воспаления в окружности ожогов.

Что касается происхождения ожогов, то наиболее частой причиной являются несчастные случаи в быту или на производстве. Ожоги и обугливание трупов могут возникнуть при автомобильных и авиационных катастрофах. Обширные ожоги возможны при сгорании взрывчатых веществ.

Самоубийство посредством ожогов, самосожжения, встречается сравнительно редко и большей частью совершается психически больными. Самоубийца, например, обливает себя керосином и затем поджигает.

Убийство посредством сожжения встречается редко. Встречаются попытки сожжения трупов для сокрытия следов преступления. С этой целью труп иногда предварительно расчлениают на части, а потом сжигают или же поджигают помещение, где находятся жертвы преступления. Труп взрослого человека может быть сожжен в обычной голландской печи в течение относительно короткого времени. При исследовании остатков такого трупа кости его необходимо направлять в судебно-медицинскую лабораторию, где специальным исследованием иногда может быть установлена видовая принадлежность сохранившихся тканей.

§ 41. Действие низкой температуры

Низкая температура переносится организмом значительно лучше, чем высокая, хотя изменения тканей и органов наступают и от действия холода. При действии низкой температуры нужно также отличать ее общее действие в виде охлаждения и местное в виде отморожения.

Общее действие холода. Влияние низкой температуры на организм и вызываемые этим болезненные расстройства наблюдаются не только при температуре ниже 0° , но и при температуре выше 0° , например при температуре $+5^{\circ}\text{C}$. И при такой температуре могут наступить не только болезненные расстройства, связанные с охлаждением организма, но и смерти от охлаждения. Особенно чувствительны к действию холода дети, в частности новорожденные, и старики. Кроме того, действие холода зависит еще и от целого ряда внешних и внутренних условий. Хорошо известно, что действие влажного холода значительно сильнее, чем сухого. Сырость, увлажненность во много раз усиливают действие холода. Также резко действуют и быстрая перемена температуры. Наблюдения показывают, что массовые охлаждения и отморожения появлялись не в морозную погоду, а после наступления оттепели. Усиливающим охлаждение моментом является и ветер.

Различные расстройства, вызывающие затруднение кровообращения, также благоприятствуют развитию охлаждения. Они могут быть вызваны тесной одеждой или обувью, креплениями от лыж, которые способствуют развитию отморожения. Различные причины, вызывающие понижение сопротивляемости тканей: ранения, кровотечения, чрезмерная потливость, некоторые другие особенности — также благоприятствуют появлению отморожения. Психическое переутомление, голод и истощение, опьянение уменьшают сопротивление организма и значительно усиливают действие холода.

При общем действии холода происходит потеря тепла организмом и вызывается охлаждение тела, чем и объясняются последующие болезненные расстройства. Температура тела может понижаться до $+25^{\circ}$ и даже ниже — до $+20^{\circ}$; $+25^{\circ}$ считается пределом, за которым дальнейшее понижение температуры тела становится уже необратимым, и при понижении температуры ниже $+25^{\circ}$ человека обычно нельзя вернуть к жизни. Такое резкое охлаждение тела может наступить без каких-либо местных изменений в тканях от действия холода. Смерть наступает в результате переохлаждения организма.

Болезненные расстройства, наблюдающиеся при охлаждении, заключаются вначале в чрезмерном ощущении холода, вследствие чего появляется мелкое дрожание мышц, сужение периферических сосудов, «гусиная кожа». В дальнейшем развиваются слабость, сонливость, чувство стеснения в груди, иногда онемение отдельных участков тела, подвергающихся наибольшему действию холода. Наконец, наступает бессознательное состояние и при дальнейшем охлаждении организма — смерть.

При вскрытии трупов лиц, умерших от охлаждения, не отмечаются какие-либо специфические, характерные изменения.

Обычно изменения, обнаруживаемые при вскрытии, укладываются в картину смерти от задушения. Исключение составляют так называемые пятна Вишневского на слизистой оболочке желудка в виде мелких буро-коричневого цвета кровоизлияний (рис. 110). Такие мелкие кровоизлияния могут быть не только при смерти от охлаждения, а наблюдаются при смерти другого происхождения, но тем не менее при смерти от охлаждения они встречаются, как правило, и до известной степени могут служить ее диагностическим признаком.



Рис. 110. Пятна Вишневского на слизистой оболочке желудка.
Смерть от охлаждения

При смерти от охлаждения в результате действия низкой температуры в дальнейшем может происходить замерзание трупа, при котором части трупа, а иногда и весь труп, оледеневают. Замерзший труп можно вскрыть только после оттаивания. Оттаивание необходимо производить при обычной комнатной температуре. Нельзя применять искусственное оттаивание, согревание трупа в печке или у печки, на приборах отопления или в горячей ванне. Такие мероприятия вызывают чрезмерное развитие посмертных явлений, которые могут в значительной степени стусевать, исказить прижизненные изменения в трупе и дать повод, особенно малоопытному эксперту, к ошибочной диагностике кровоподтеков (рис. 111).

Местное действие холода. Местное действие холода вызывает изменения, называемые отморожением. В зависимости от

интенсивности и продолжительности действия холода различаются четыре степени отморожения.

Первая степень отморожения, называемая еще озноблением, характеризуется покраснением и припухлостью кожи. Вторая степень отморожения сопровождается появлением пузырей. В отличие от пузырей при ожогах пузыри при отмораживании содержат кровянистую жидкость в результате растворения крови, и кожа в окружности их имеет не ярко-красную, а синюшную окраску. Третья степень отморожения характеризуется появлением поверхностных омертвений, особенно в области пузырей, и четвертая степень сопровождается глубоким омертвлением тканей, захватывающим, в частности, и кости.

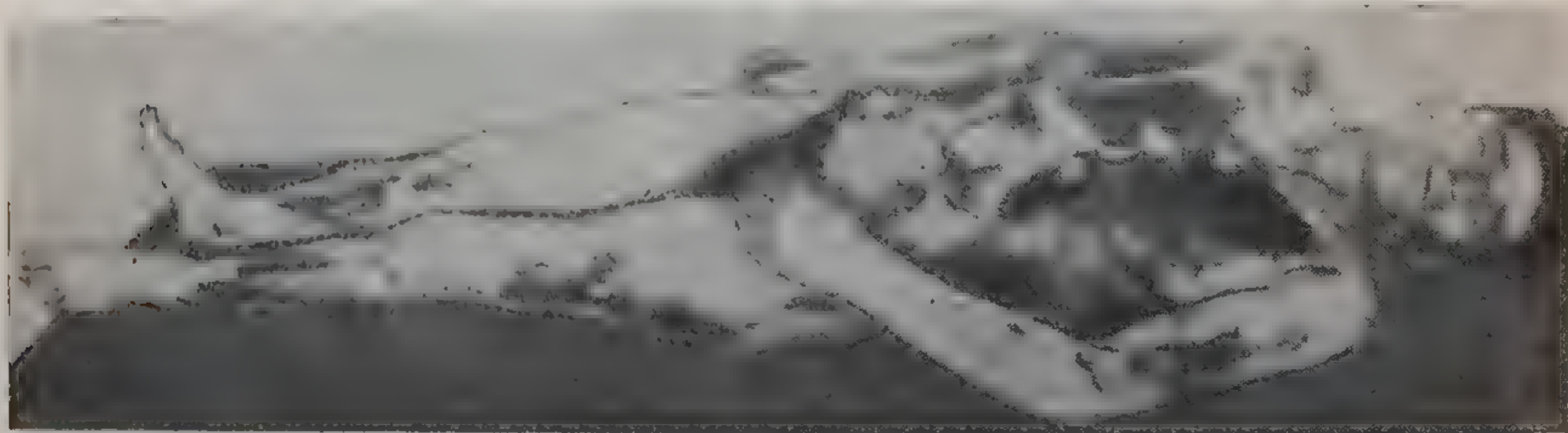


Рис. 111. Множественные осаднения кожи при растирании тела во время оказания помощи. Смерть от охлаждения

В судебномедицинской практике приходится встречаться и со смертью от охлаждения, и отморожениями в результате небрежности или халатности, непринятия соответствующих мер потерпевшими, несчастной случайности. Отморожение встречалось также при умышленном охлаждении отдельных частей тела (при самоповреждении).

Смерть от охлаждения в большинстве случаев является результатом несчастной случайности у людей, попавших в пургу, сбившихся с пути, иногда пьяных, погибающих нередко от охлаждения и при внешней температуре выше 0° .

Смерть от охлаждения встречается иногда среди путешественников в горах, при подъемах на ледники, снежные вершины. Возможны и групповые случаи смерти от охлаждения, когда в неблагоприятные условия попадает группа людей. В одной из южных областей группа людей вышла на ночь в степь для работ. Люди были легко одеты. Ночью в степи начался дождь, сопровождаемый резким холодным ветром, и люди сильно промокли. При возвращении обратно было обнаружено отсутствие нескольких человек. Они были найдены в различных местах на дороге. Одни из них оказались уже мертвыми, дру-

гие — со слабыми признаками жизни и вскоре умерли. Температура воздуха была выше 0° , однако неблагоприятные метеорологические условия, то есть дождь и ветер, при легкой одежде вызвали смерть от охлаждения.

Самоубийство посредством действия холода встречается очень редко. В литературе имеются лишь отдельные упоминания о самоубийстве посредством охлаждения. Что касается убийства, то этот вид смерти встречается главным образом как детоубийство.

ГЛАВА VIII

РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ ЭЛЕКТРИЧЕСТВА

§ 42. Поражение промышленным электрическим током (электротравма).

§ 43. Поражение атмосферным электричеством (молнией)

Поражения электротоком, возникающие в результате незнания, неосторожности или нарушения правил технической безопасности, а иногда и как следствие злого умысла, всегда требуют детального расследования. В большинстве случаев при поражении электротоком необходима совместная судебно-медицинская и техническая экспертиза. Следовательно, рекомендуется во всех сомнительных случаях поражения электрическим током привлекать к делу техническую экспертизу для уточнения обстоятельств и возможности поражений электротоком, особенно когда само поражение ставится под сомнение, а высказывается предположение о возможности смерти от других причин.

Поражение вызывается промышленным электрическим током или атмосферным электричеством. Основная масса случаев падает на поражения промышленным электричеством.

§ 42. Поражение промышленным электрическим током
(электротравма)

Промышленное электричество может оказывать поражающее действие через технические электроустановки и бытовые электрические приборы, а также другие источники электротока в тех случаях, когда человек соприкасается с проводником тока, включается в электроцепь. Причиной поражения нередко служит неисправность приборов, электропроводки, благодаря чему под электроток попадают приспособления, ограждающие электроустановки. Могут оказывать поражающее действие также электроприборы, выключенные из сети, вследствие ударов статическими зарядами электричества, накопившегося в приборе.

Действие электротока может оказывать влияние на расстоянии при приближении к проводнику, особенно в установках высокого напряжения, в виде возможного действия побочных токов или искр. Такое действие может появиться и на расстоянии 1—1,5 м.

В случаях поражения электротоком приходится учитывать значение многих внешних и внутренних факторов, знание которых необходимо для правильного понимания каждого конкретного случая.

Виды тока. Промышленное электричество применяется в виде постоянного и переменного тока. Подавляющее большинство повреждений относится к переменному току. Объясняется это отчасти тем, что постоянный ток в четыре раза менее опасен, чем переменный.

Напряжение электротока. Напряжение электротока, измеряемое в вольтах, само по себе не определяет еще опасности тока, и представление об опасности тока очень часто бывает неправильным даже у людей, более или менее знакомых с действием электричества. Этим объясняется, что незнание и легкомысленное отношение к токам низкого (не свыше 250 вольт) напряжения нередко ведет к тяжелым последствиям. Определить границу напряжения, опасного для жизни, трудно, ибо колебания в смысле опасного действия того или иного напряжения чрезвычайно велики. Нужно иметь в виду, что поражение со смертельным исходом может дать ток любого напряжения. Смертельный исход наблюдался от действия токов очень низкого напряжения, например 12 вольт. Токи в 40—50—60 вольт при применении их с лечебной целью также иногда вызывали смертельный исход. Но были случаи, когда при действии тока напряжением в 70 000—100 000 вольт человек оставался живым. Поэтому само по себе напряжение тока еще не имеет абсолютного решающего значения. Однако нужно помнить, что наиболее часто употребляемые токи напряжением в 100—300 вольт уже являются опасными для жизни человека. В практике наиболее часто встречаются поражения током в 110—220 и 360 вольт.

Частота тока. Частота периодов или перемен тока также имеет значение. Наиболее опасны переменные токи с небольшим количеством периодов 40—70, то есть наиболее часто применяемые в эксплуатации. Частота тока свыше 100 периодов сравнительно менее опасна, а токи очень высокой частоты в пределах 100 тысяч и миллиона периодов в секунду безопасны и применяются с лечебной целью (токи УВЧ — ультравысокой частоты). Однако при длительном воздействии таких токов могут наблюдаться тяжелые изменения со стороны нервной системы.

Сила тока. Она измеряется амперами. Преимущественное значение в возникновении поражения электротоком имеет различное физиологическое действие различных токов на организм. Смертельными являются токи, проходящие через тело человека силой в 0,1—0,25 ампера, хотя и здесь наблюдаются известные колебания. В частности, бывают случаи, дающие смертельный исход от токов силой 2—5 миллиампер. И в то же время токи во много тысяч ампер оставляли человека живым. Это объясняется различным действием токов высокого и низкого напряжения на сердце и отчасти тем обстоятельством, что при действии токов большой силы прежде всего проявляется высокий тепловой эффект благодаря чему возникает обугливание тканей. Обуглившиеся ткани представляют значительное сопротивление электротоку и тем самым препятствуют его дальнейшему прохождению в организм.

Сопротивление тканей. Сила тока обратно пропорциональна сопротивлению, которое оказывает тот или иной проводник тока. Сопротивление измеряется в омах. Различные ткани и органы человеческого тела имеют различное сопротивление. Так как при действии на человеческий организм электроток встречается прежде всего с кожей, то существенное значение имеет сопротивление человеческой кожи. Оно не представляет собой постоянной величины, а меняется в зависимости от характера и состояния кожи.

Наибольшим сопротивлением обладает грубая, мозолистая кожа, которая чаще всего бывает на ладонях, на стопах. Тонкая кожа имеет меньшее сопротивление. Поэтому колебания сопротивления человеческой кожи наблюдаются в пределах от миллиона ом у сухой, грубой кожи до 1—2 тыс. ом и ниже — у влажной, тонкой кожи. Обуглившиеся ткани, как было сказано, представляют значительное сопротивление току.

Действие электротока зависит от сопротивления в месте входа, на пути и в месте выхода из человеческого организма. Но, кроме этого, нужно, конечно, принимать во внимание и другие особенности, которые могут изменять сопротивление, например одежду, обувь. Сухая или резиновая обувь представляет значительное сопротивление у места выхода тока и, следовательно, не дает возможности току проходить дальше в землю, а поэтому в этих случаях и не оказывает поражающего действия благодаря хорошей изоляции. Сырая обувь, особенно с металлическими гвоздями, усугубляет действие электротока, так как создает условия для хорошей проводимости тока и последующего его заземления. Помимо этих факторов, имеют значение и метеорологические условия. Так, влажная, сырая погода способствует появлению электротравм благодаря тому, что увлажняются таковые предметы, которые в сухом виде не проводят электротока,

а будучи увлажненными, легко его проводят. Высокая температура внешней среды, увеличивая выделение пота, снижает сопротивляемость кожи.

Что касается длительности действия тока, то обычно поражающий эффект оказывается при действии тока даже в течение секунды, и такая длительность соприкосновения с проводником может привести к смертельному исходу. Но, естественно, чем длительнее время действия электротока, тем больше расстройств он вызывает. Однако не всегда длительность действия электротока пропорциональна его поражающему действию. Например, токи большой силы, вызывая резкие изменения в тканях, чрезвычайно быстро вызывают и изменение сопротивления ткани и прекращают свое действие, чем отчасти и объясняется сохранение иногда жизни при действии токов очень большой силы и высокого напряжения. Понятно, что при более крупном контакте действие тока будет, конечно, усиливаться, хотя внешние повреждения, электрометки, при этом становятся менее выраженными. Нужно иметь в виду также, что действие тока может сказываться и без контакта, например, вследствие образования вольтовой дуги при приближении к проводнику высокого напряжения, когда человек мгновенно превращается в обугленный труп.

Индивидуальные особенности организма; значение болезненного состояния и ожидания действия электротока. До последнего времени считалось, что подготовленность к действию электротока уменьшает опасность его действия. Юдин, подвергнув критическому разбору литературные данные, касающиеся подготовленности к действию электротока (фактор внимания), показал несостоятельность этих данных. Сон и наркоз уменьшают опасность действия электротока. Противоречат значению ожидания действия тока и самоубийства посредством электротока и многочисленные факты из судебно-медицинской практики.

Пример: Рабочий Ф. пытался с помощью кусачек отбросить оборвавшийся провод, но был поражен током, направлен в больницу и остался живым. Вслед за ним рабочий С., несмотря на предупреждение со стороны окружающих о случившемся, обмотав носовым платком кусачки, вновь попытался отбросить тот же провод, но был убит током.

У животных можно выработать условный рефлекс на воздействие сильного электрического тока, при котором будет отсутствовать оборонительная реакция (опыты Ерофеевой из лаборатории И. П. Павлова).

Нечто аналогичное происходит и при привыкании монтеров к соприкосновению с проводами осветительной сети. Однако никакая привычка не гарантирует электротехников от опасности поражения электрическим током. Снижение смертности от дей-

ствия электротока у животных при общем наркозе и анестезии в области наложения электродов (опыты Дановича) свидетельствует о рефлекторном характере механизма смерти от действия тока. Известно также, что лучше переносят действие тока крепкие, здоровые субъекты, в то время как люди, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями нервной системы, истерики, легко возбудимые, подвергшиеся перегреванию и т. д., значительно хуже переносят электротравму. Но и здесь нельзя установить точного соотношения, так как люди с тяжелыми сердечными заболеваниями иногда переносили действие электротока легко.

На основании экспериментальных и статистических данных следует полагать, что решающее значение в этих случаях имеет состояние центральной нервной системы.

Механизм действия электротока. Действие электротока складывается из многих моментов. Человеческий организм не представляет собой однородной среды для прохождения тока. Ток распространяется различными путями по различным тканям и прежде всего по кровеносной системе. Большое содержание в организме растворов различных солей, какими по существу являются все жидкости организма, объясняет электролитическое действие электротока, в связи с чем происходят, конечно, значительные нарушения физико-химического состава тканей.

Помимо электролитического, то есть специфического, действия электротока, действие его проявляется также механически, когда электроток не только отбрасывает человека от проводника, но и вызывает ряд механических нарушений отдельных тканей: разрывы кожи, переломы и вывихи костей, разрывы внутренних органов, а также разрывы одежды, обуви и механическое повреждение окружающих человека предметов.

Наконец, самым распространенным действием электротока является его тепловой эффект, термическое действие, сказывающееся в образовании ожогов различной степени, вплоть до обугливания кожи, костей и других тканей.

Клиническая картина действия электротока чрезвычайно разнообразна в силу воздействия электротока на различные системы и органы. В известном числе случаев поражения электротоком не вызывают никаких серьезных нарушений, а характеризуются при полном сохранении сознания только некоторыми неприятными ощущениями в виде, например, судорог, дрожи, одышки, испуга, иногда очень сильного, и ряда других объективных симптомов, которые проходят вскоре после прекращения действия электротока. При этом сознание не теряется. В других случаях электроток проявляет непосредственно эффект большой силы и действует иной раз мгновенно, вызывая потерю сознания, прекращение дыхания, а иногда и кровообращения. В некоторых

случаях сознание теряется не сразу. Пораженный субъект испытывает сильный испуг, кричит, затем уже падает в обморок. После поражения электротоком иногда остаются различного рода более или менее продолжительные или стойкие расстройства со стороны нервной системы в виде параличей, парезов или расстройства слуха, зрения и других функциональных расстройств.

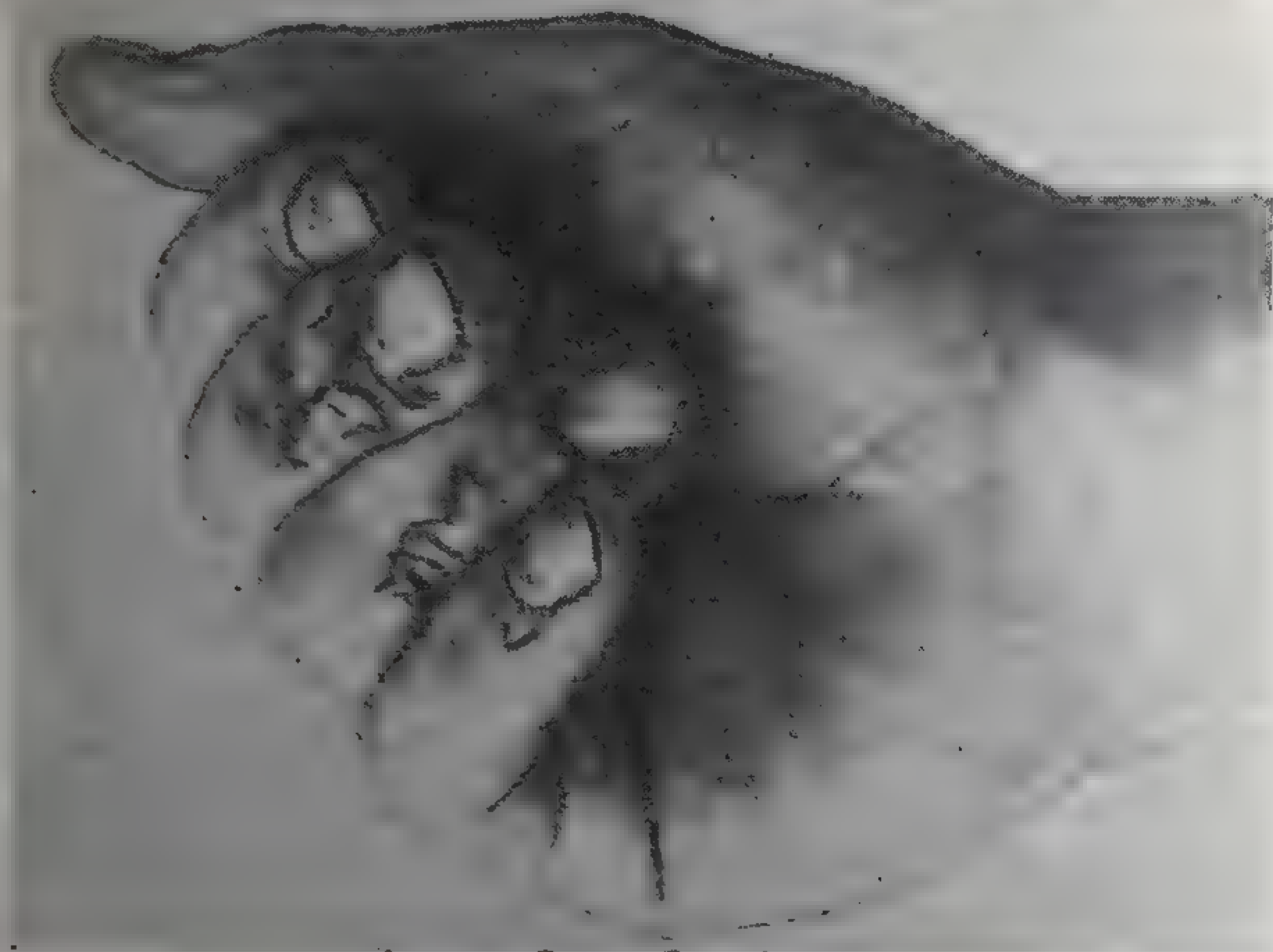


Рис. 112. Электрометка на пальцах кисти, ток 220 вольт

Данные вскрытия. В известной части случаев, особенно при поражении токами низкого напряжения, при вскрытии погибших от поражения электротоком нельзя обнаружить каких-либо изменений, позволяющих поставить диагноз электротравмы. На вскрытии в таких случаях обычно наблюдаются лишь полнокровие внутренних органов и другие явления, характеризующие быструю смерть.

Самым характерным признаком действия электротока является так называемая электрометка. Она представляет собою ожог тканей на месте вхождения тока. По внешнему виду электрометка при поверхностном осмотре мало отличается от обычного ожога. Более детальное исследование, однако, обнаруживает характерные особенности электрометки (рис. 112, 113).

В местах, где роговой слой кожи хорошо выражен (кисть, стопа), электрометка представляет собой ожог второй степени в виде пузыря, но без содержимого, а образованного отслоен-

ным, приподнятым эпидермисом. Иногда электрометка может иметь вид темно-красной ссадины, характер которой можно установить лишь при микроскопическом исследовании, выявляющем характерные для электрометки изменения эпидермиса (рис.

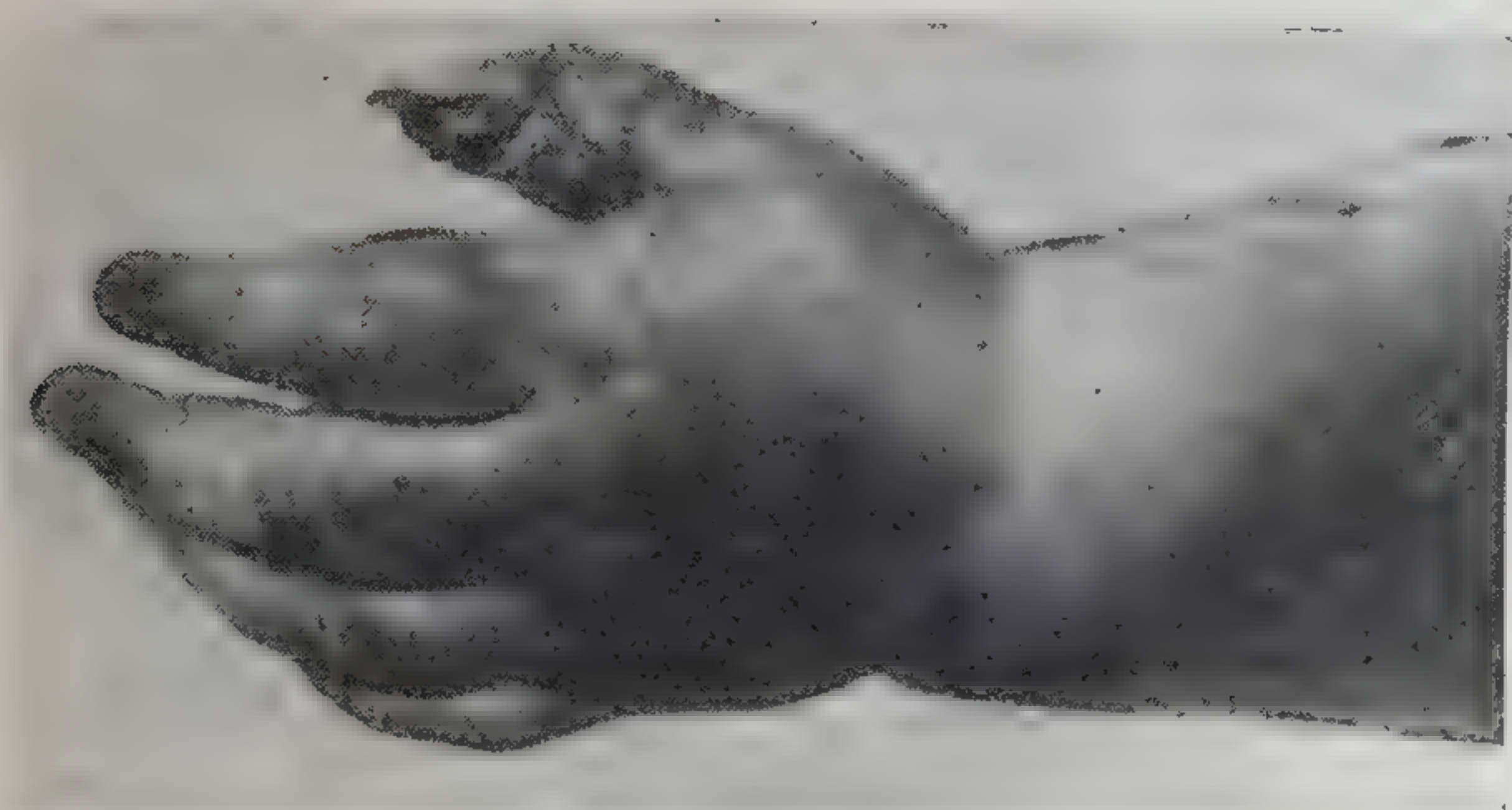


Рис. 113. Электрометка на пальце кисти у ребенка, ток 127 вольт

114 — 117). Форма ее круглая или овальная. Размер обычно небольшой, и на поверхности электрометки наблюдается след от

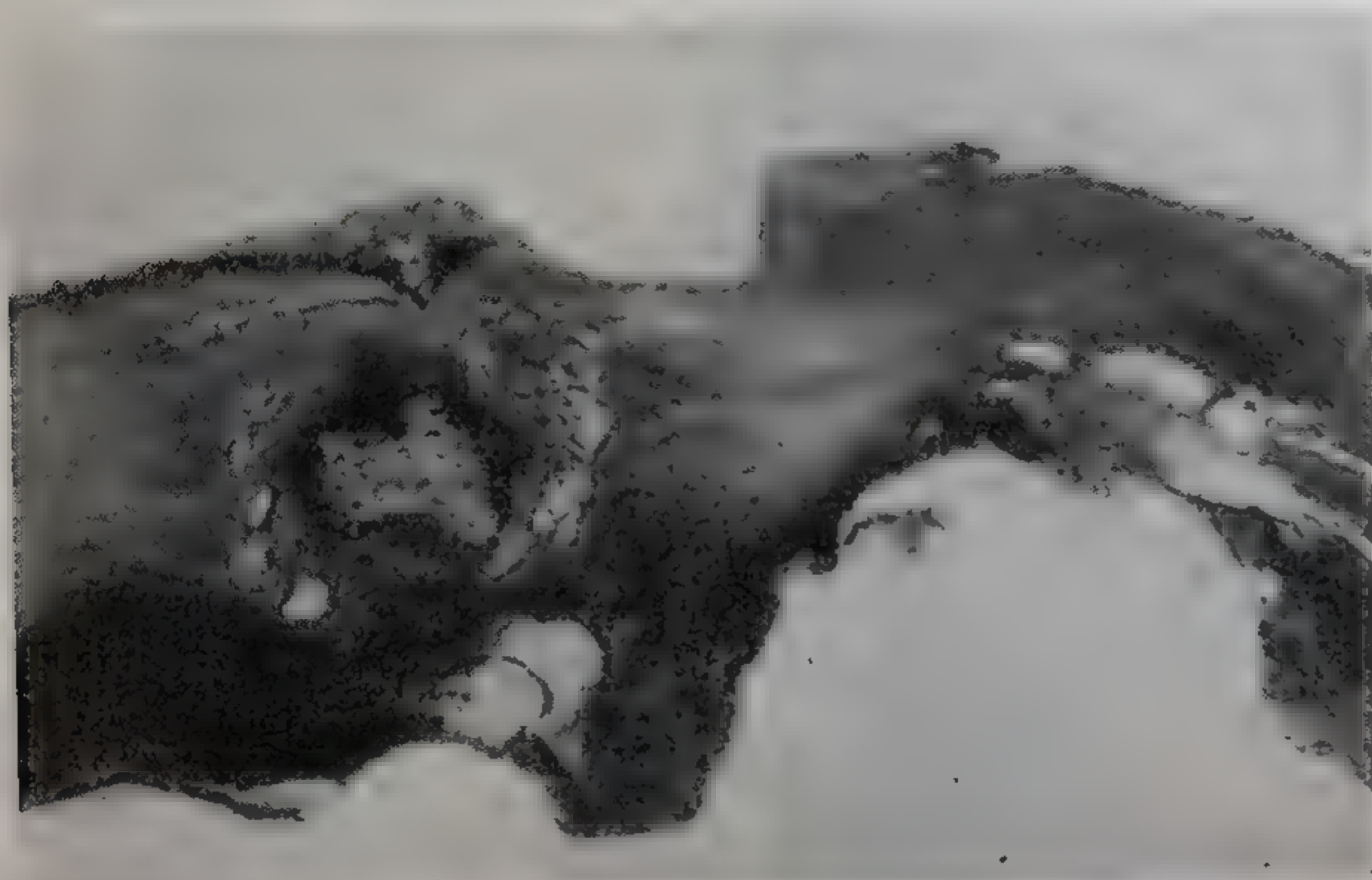


Рис. 114. Электрометка. Металлизация рогового поля эпидермиса и образование ячеистой структуры

проводника, имеющий сероватую или черную окраску. В других случаях электрометка представляет собой четкий след контакта. При исследовании кожи и ткани в области электрометки можно

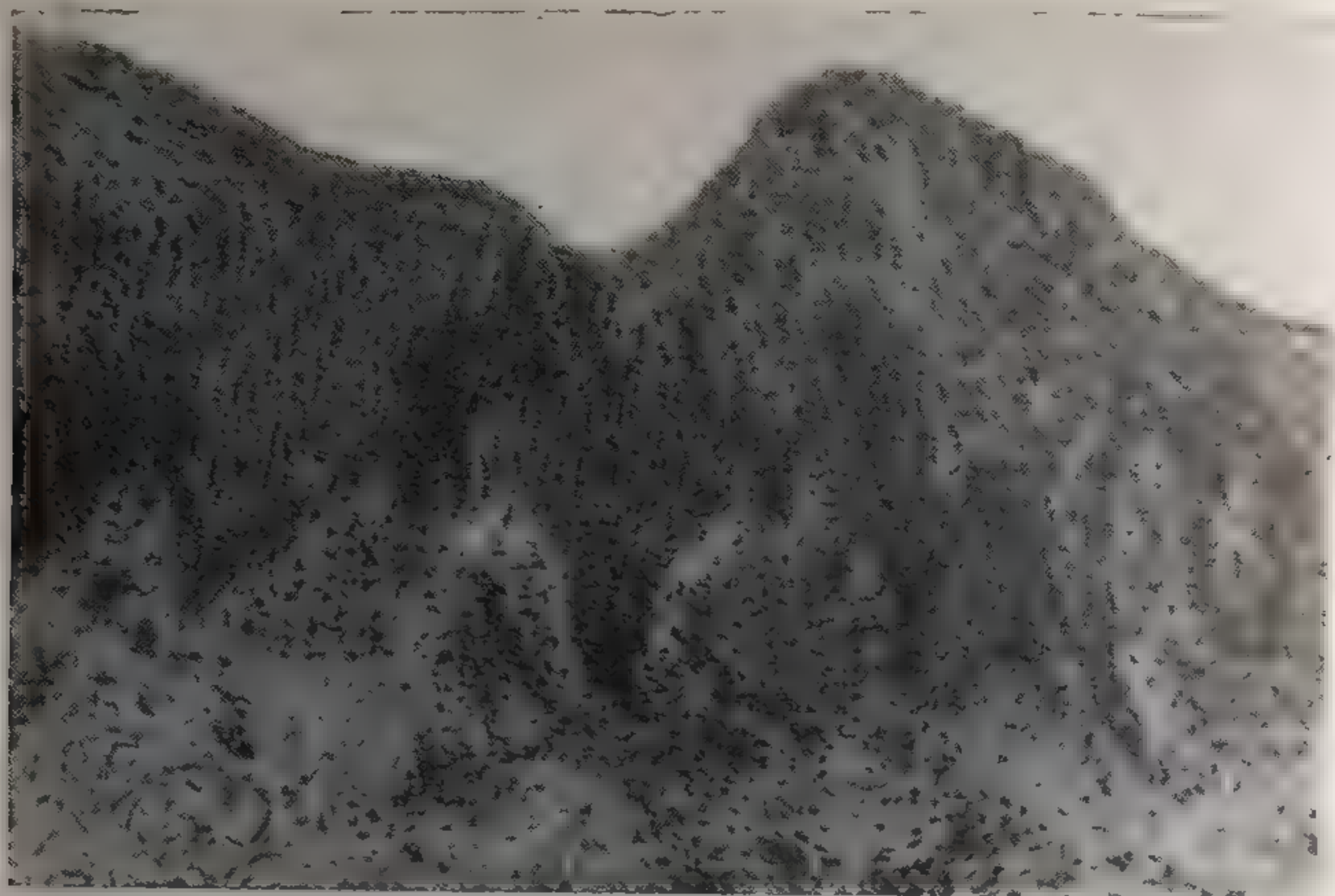


Рис. 115. Электрометка. Характерные изменения клеток эпидермиса

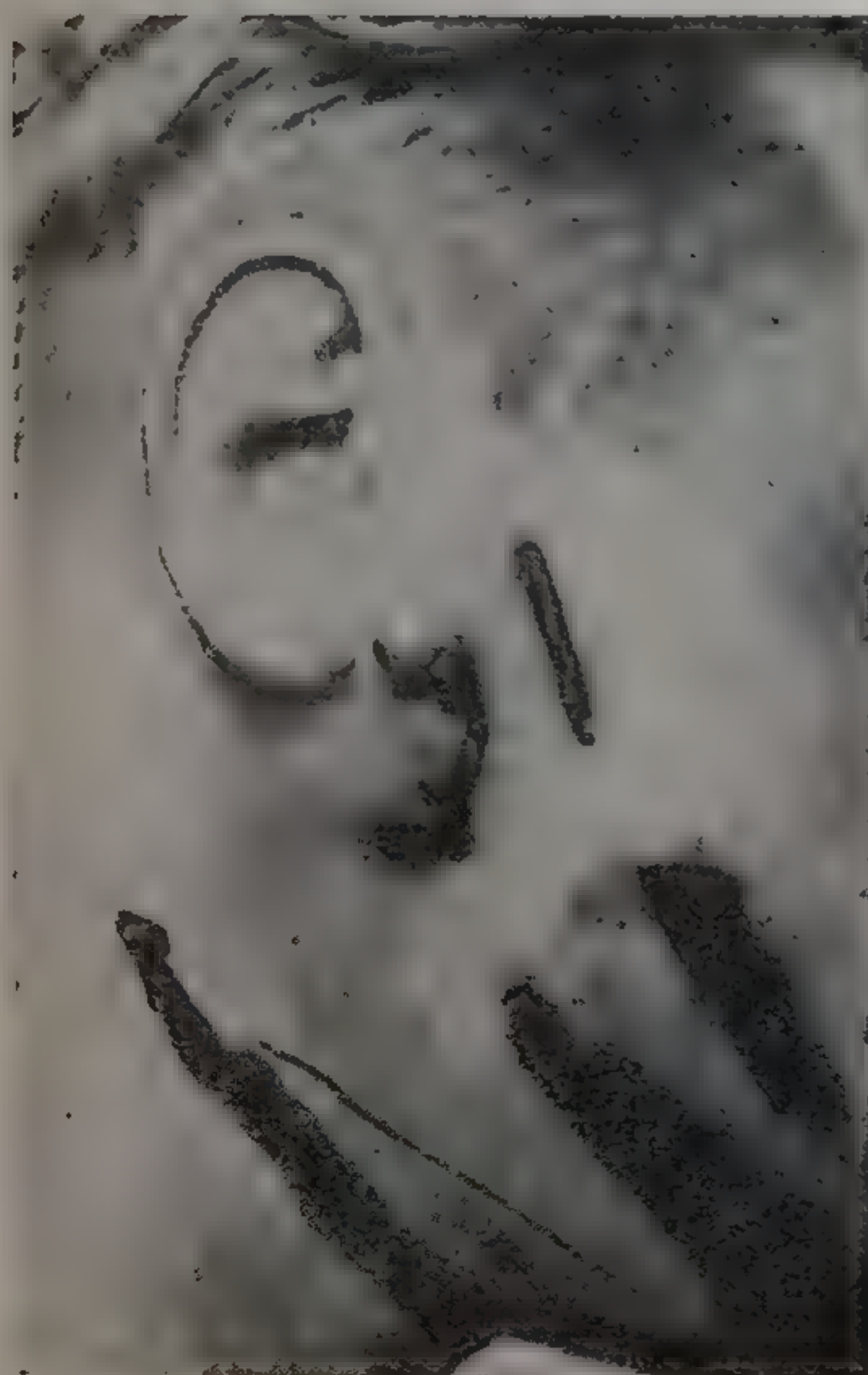


Рис. 116. Электрометка на лице, ток 220 вольт

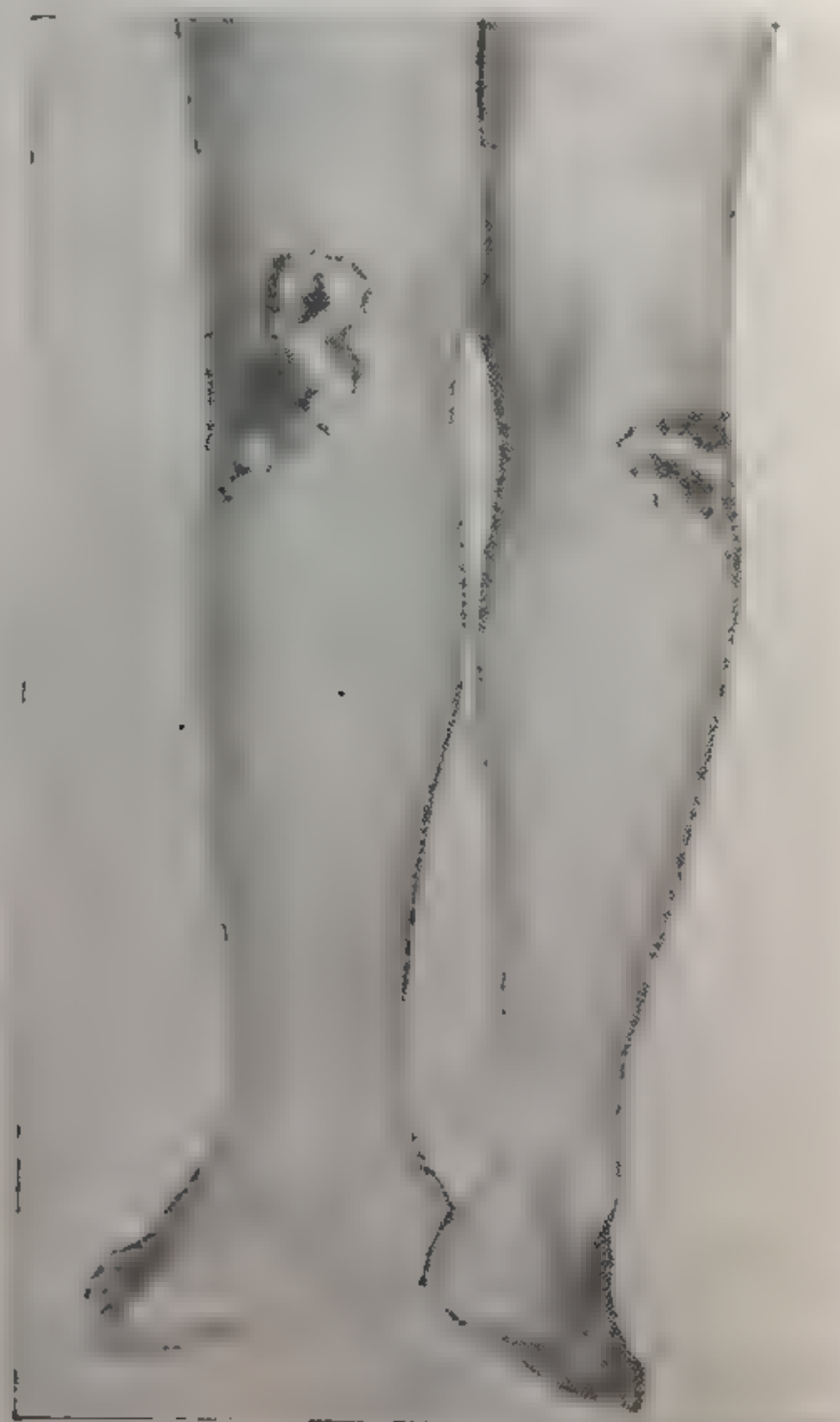


Рис. 117. Электрометки в подколенных впадинах

обнаружить наличие там металла, так называемой металлизации от проводника, меди или железа, в зависимости от материала самого проводника.

Изменения на месте выхода тока бывают обычно выражены менее резко, чем на месте входа, а иногда их там не бывает. Такие изменения отмечаются при электротоках низкого и среднего напряжения.

Токи более высокого напряжения обуславливают появление обширных ожогов второй и третьей степени и нередко четвертой, то есть обугливания. По данным Юдина, электрометки отсутствуют в 10—12% случаев смертельных поражений электротоком. Отсутствие их обычно связано с низким сопротивлением кожи при увлажнении ее, а также при значительной величине контактов.

В других тканях и органах также можно отметить некоторые изменения. Отмечаются переломы и особенно часто трещины костей по ходу тока, которые сплошь и рядом можно обнаружить лишь рентгенографическим исследованием, затем вывихи в отдельных суставах. Эти изменения костей нередко связаны с резким сокращением мышц во время судорог. Наблюдаются также иногда разрывы внутренних органов. При действии токов высокого напряжения описаны особые изменения костей в виде образования так называемых жемчужин. Глубокие ожоги, естественно, затрагивают и глубже лежащие органы и ткани. Так, при ожогах черепа с повреждением костей повреждается и вещество мозга.

В тех случаях, когда человек выживает после электротравмы, изменения органов и тканей сопровождаются чрезвычайно медленным заживлением, причем благодаря особым изменениям сосудистых стенок во время заживления нередко происходят тяжелые и даже смертельные кровотечения. Кроме этого, наблюдаются нагноения, общее заражение организма, а иногда и смерть от столбняка, особенно в случаях, когда потерпевшего после поражения зарывают в землю для того, чтобы «освободить» его от электричества.

Смерть при действии электротока нередко бывает клинической смертью, то есть пострадавший от электротока, несмотря на отсутствие признаков жизни, дыхания и сердцебиения, очень часто может быть возвращен к жизни применением немедленно после поражения искусственного дыхания и других терапевтических мер. Никогда не следует оставлять надежды на оживление пораженного электротоком, и необходимо применить все меры к его спасению до тех пор, пока не появятся несомненные признаки смерти, то есть трупные пятна и окоченение.

Смерть от электротока бывает немедленной, когда человек сразу погибает в силу остановки дыхания и сердечной дея-

тельности или же потерпевший приходит в себя, как будто поправляется, а затем через некоторое время вновь падает сердечная деятельность и человек погибает. Наконец, наблюдается поздняя смерть, наступающая через несколько дней после поражения электротоком.

Обстановка поражения электротоком. В подавляющем большинстве случаев поражения электротоком представляют собой несчастную случайность. Часты поражения, связанные с тем, что пострадавший совершенно случайно в силу необычного нахождения проводника тока, например, оборванного свисающего провода, находящегося под током предмета, дотрагивается до него и бывает убит током. Нередко такие поражения связаны с неисправностью электропроводки, входящей в контакт с предметами, либо ограждающими ее, либо не имеющими к ней никакого отношения. Например, смерть при дотрагивании до репродуктора, который оказывается включенным в электросеть, благодаря соприкосновению проводки репродуктора с оголенными проводами осветительной сети; несчастные случаи на работе с электромонтерами при подвеске проводки электролинии или в тех случаях, когда проводится починка и ремонт трансформаторов, находящихся под электротоком. Нередки электротравмы и в быту при неисправности различных бытовых приборов, например, смертельное поражение от неисправности настольной лампы, при неосторожном обращении с невыключенными плитками, утюгами и т. п.

Особенно тщательно должны исследоваться и всегда вызывать подозрение на электротравму случаи смерти в ванной. Обычно в этих случаях высказывается предположение смерти от угарного, светильного газа, утопления вследствие некоторых сердечных заболеваний. При этом нередко просматривается электротравма, которая бывает истинной причиной смерти вследствие того, что ванна и находящаяся в ней вода становятся проводником электротока в силу неправильной проводки, контакта ванны с электропроводником или, например, оттого, что принимающий ванну брал руками неисправную электролампу, и т. д.

Самоубийства с помощью электротока также известны: в литературе описаны случаи самоубийства электротоком, в которых, например, самоубийца наматывал на руку провод и забрасывал его на линию высокого напряжения или раздевался, обматывал себя электропроводом, а потом включался в сеть. Наконец, известны случаи и убийства электротоком.

Осмотр места происшествия при подозрении на электротравму должен производиться, как правило, со специалистом, электриком. Прежде чем производить осмотр трупа и дотраги-

ваться до него, нужно убедиться в том, что совершенно исключена опасность поражения электротоком и труп не продолжает оставаться под действием электричества. После этого следует обратить внимание на осмотр самого помещения. Существуют особые «токоопасные» помещения, где возможность поражения электротоком повышается. Сюда относятся, как было уже сказано, ванные комнаты, погреба, подвалы с сырым, непросыхающим полом и т. п. Следует осматривать электропроводку, проверять ее, обращать внимание на состояние земли, пола в смысле его влажности и токопроводимости.

При осмотре трупа тщательно должна быть проверена одежда, те ее участки, на которых имеются признаки повреждения теплового характера, то есть обгорание, обугливание, побурение участков одежды и соответствие их местам поражения на трупе. Но в некоторых случаях следов теплового действия тока на одежде может и не оказаться, а будут только разрывы.

Обувь имеет большое значение, так как большей частью она является местом, где могут быть обнаружены следы действия тока. Состояние гвоздей на подошвах, оплавление их, разрывы, обугливание на подошвах имеют большое доказательственное значение.

При осмотре трупа нужно обращать внимание на отыскивание электрометок и их расположение. Иногда они бывают очень малы и трудно заметны. Тщательно следует осматривать волосистые части тела, где могут быть обнаружены опаленные волосы. Следует иметь в виду, что при электротравме могут возникнуть повреждения, не связанные непосредственно с электротравмой и полученные не от действия электротока, а, например, при падении, что нередко наблюдается на практике. Так, монтер, работая на столбе электросети, случайно прикасается к проводам и от удара электротока падает на землю, получает перелом позвоночника или повреждение черепа, которые сами по себе уже достаточны для наступления смерти. Поэтому на месте происшествия необходимо уточнить и восстановить обстановку для того, чтобы уже в последующем не возникли никакие сомнения относительно его характера.

Вопросы, связанные с электротравмой, разнообразны, но в основном приходится выяснять причины смерти, относительное значение обнаруженных повреждений или болезненных изменений и связь их с электротравмой. В тех случаях, когда нет никаких анатомических данных, позволяющих предполагать электротравму, вопрос не может быть решен без заключения технической экспертизы, уточнения всех обстоятельств дела. Следует также провести все дополнительные исследования для исключения других причин смерти.

§ 43. Поражение атмосферным электричеством (молнией)

Действие атмосферного электричества, то есть молнии, редко бывает предметом судебно-медицинской экспертизы, так как эти случаи в основном не вызывают никаких сомнений и выясняются насильно как следствие злого умысла здесь исключается. Однако, когда обнаруживаются трупы с неизвестной причиной смерти, судебно-медицинскому эксперту приходится устанавливать истинный характер происшествия, особенно в случаях, когда поражения бывают не одиночные. Поэтому доказательство поражения

молнией может быть получено лишь при исследовании трупов.

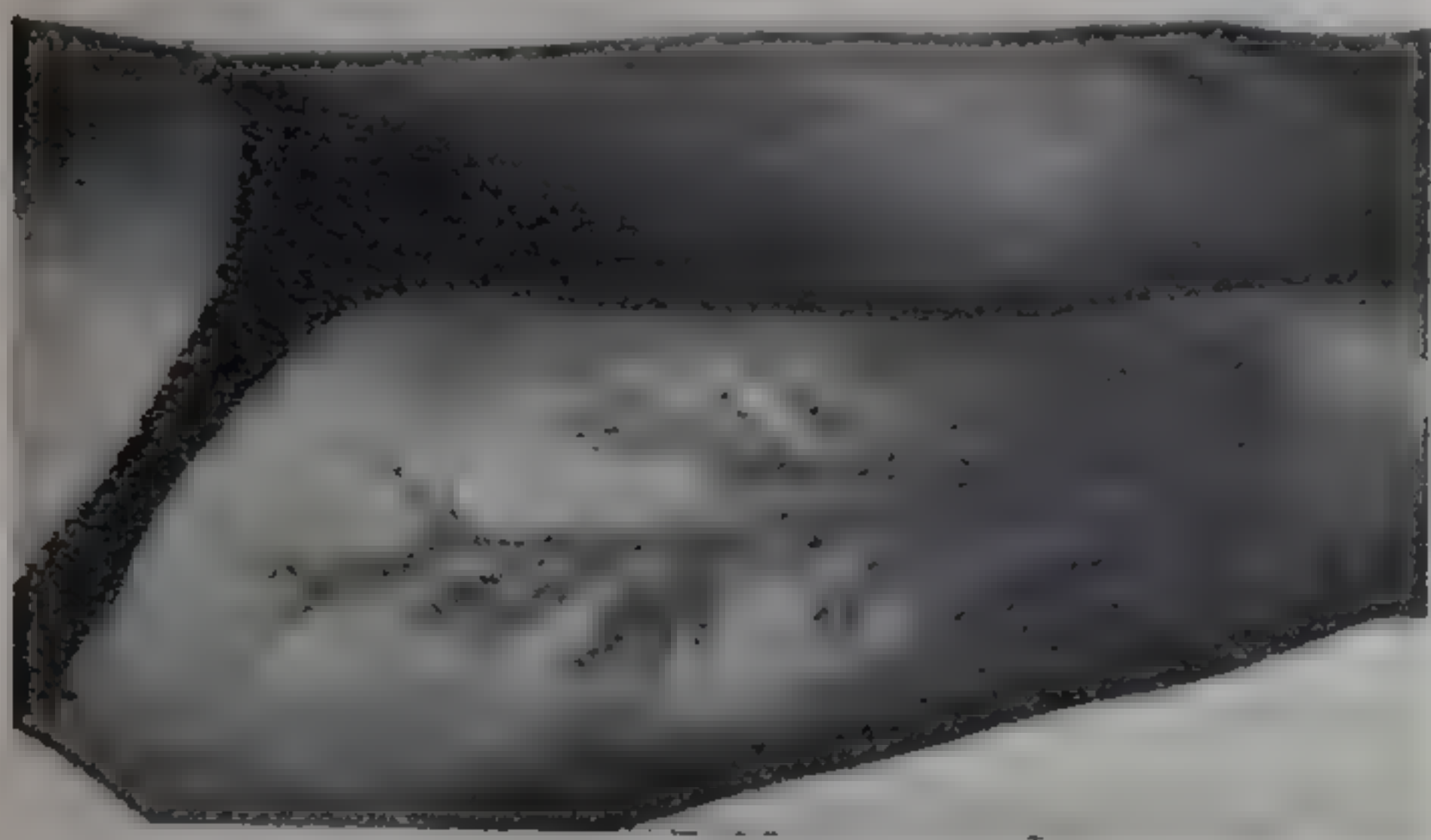


Рис. 118. а) Фигуры молнии на коже (Иванников)

Молния представляет собой ток напряжением во много миллионов вольт и силой во много сотен тысяч ампер. Как уже было сказано, поражения молнией далеко не всегда смертельны. Они могут оставаться без всяких последствий, вызвать ряд расстройств, главным образом со стороны нервной системы, но могут заканчиваться и смертью.

Поражение молнией может быть непосредственным, когда действует сам удар молнии, или же через различные предметы, в частности через телефонную сеть или радиосеть. Такие поражения молнией при разговорах по телефону во время грозы, при работе с радиоприемником и наушниками встречаются в практике.

При осмотре трупов следует обращать внимание на окружающие предметы и обстановку, будь то на открытом воздухе или в помещении, где также могут быть поражения молнией. На окружающих предметах могут оставаться следы действия молнии в виде расщепления дерева, механических разрушений, например, разбитых стекол, поломки вещей, расщепления предметов или обугливания их. Ценные указания могут быть получены от осмотра одежды и находящихся в ней предметов. Одежда очень часто бывает обожженной, разорванной. При этом разрывы не всегда сопровождаются обгоранием одежды. Иной раз обрывки разорванной одежды могут быть разбросаны вокруг трупа. Металлические предметы, находящиеся в одежде или бывшие в руках, могут подвергаться расплавлению, что харак-

терно для действия молнии. Так же тщательно должна быть осмотрена и обувь. Что касается изменений на самом трупe, то здесь к характерным признакам действия молнии относятся так называемые фигуры молнии, представляющие собой розово-красные ветвящиеся полосы на коже в результате паралича подкожных сосудов. Они держатся некоторое время и хорошо могут быть видны на трупe (рис. 118 а, б).

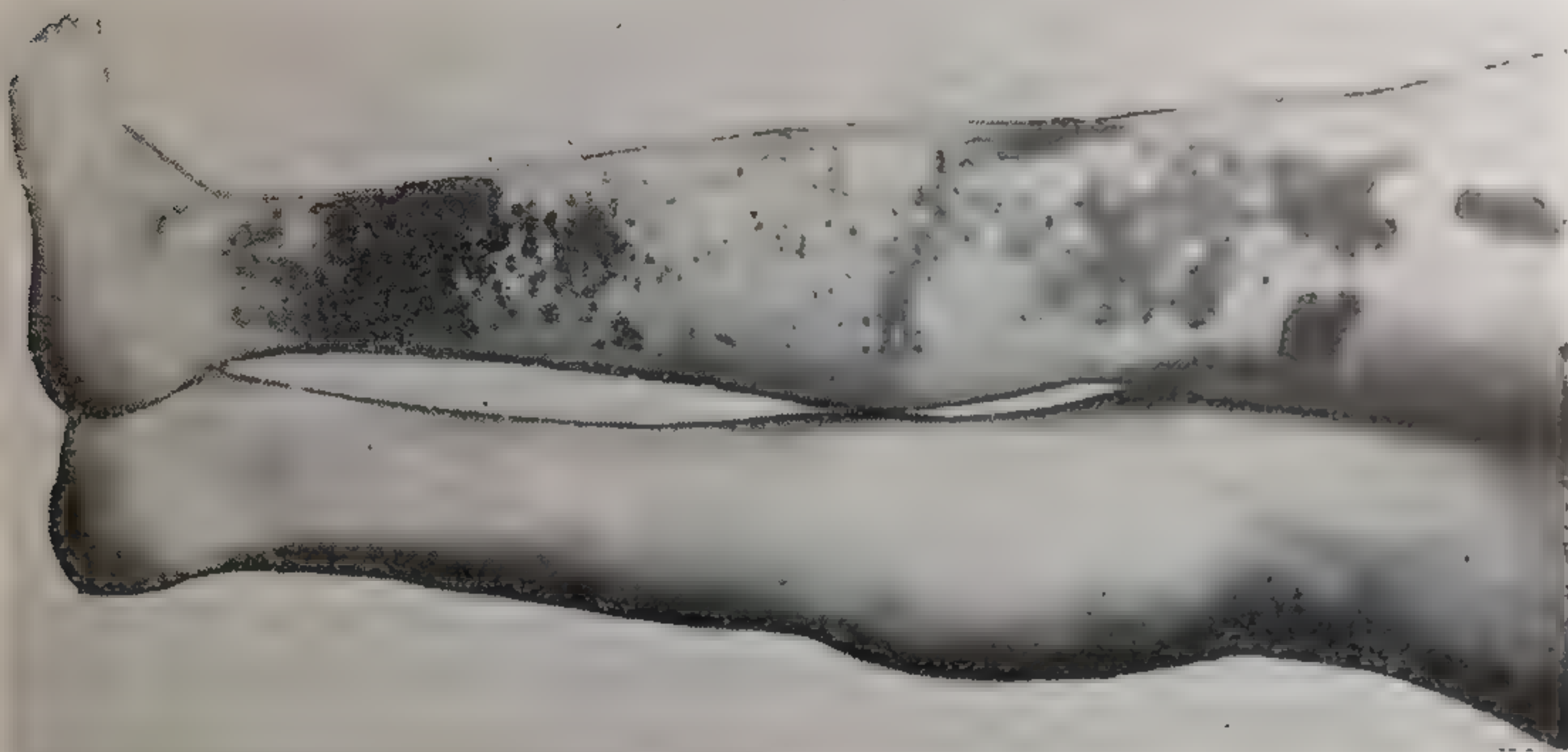


Рис. 118. б) Следы действия молнии на коже

Изменения на трупe выражаются в ожогах различной степени, иногда в обугливаниях и поражениях внутренних органов, разрывах, кровоизлияниях. Нужно иметь также в виду, что в некоторых случаях смерть лишь по времени совпадает с грозой и поэтому нередко такая смерть от болезненных причин принимается за результат действия молнии.

ГЛАВА IX

РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ (ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ)

§ 44. Источники ионизирующего излучения. Типы излучения. Дозы.
§ 45. Действие ионизирующего излучения на организм человека — лучевая болезнь

§ 44. Источники ионизирующего излучения. Типы излучения.
Дозы

Расстройство здоровья и смерть могут быть вызваны действием на человеческий организм ионизирующего излучения. Последнее может быть естественным и искусственным.

К. Рентген в 1895 году обнаружил невидимые лучи, которые обладали большой проникающей способностью и действовали на фотопластинку. Эти лучи были названы по имени ученого рентгеновскими лучами. А. Беккерель в 1896 году обнаружил естественную радиоактивность урана, испускавшего лучи, обладавшие свойством рентгеновских.

В 1898 году Пьер и Мари Кюри открыли новые радиоактивные элементы — полоний и радий.

Открытия Беккереля и супругов Кюри явились началом исследований в области радиологии.

В дальнейшем обнаружили лучи, проникающие на землю из космического пространства, — космические лучи.

Радиоактивные элементы и космические лучи — это естественные источники ионизирующего излучения.

Исследования в области ядерной физики особенно в годы последней мировой войны привели к созданию ядерного реактора, что позволило получать в больших количествах искусственные радиоактивные вещества.

Естественные и искусственные радиоактивные вещества называются радиоактивными изотопами. Искусственные радиоактивные вещества являются искусственными источниками ионизирующего излучения.

Радиоактивные изотопы получают все более широкое применение во многих отраслях науки и техники, в сельском хозяйстве, медицине.

Поэтому лица, соприкасающиеся с радиоактивными изотопами, могут подвергаться действию ионизирующего излучения.

В настоящее время известно около двадцати частиц, возникающих при распаде атома.

Наибольшее значение для возникновения поражений у человека имеют следующие типы ионизирующего излучения.

1. Альфа (α)-частицы большой энергии представляют собою ядра атомов гелия, быстро движущиеся, несущие положительный заряд.

Эти частицы задерживаются одеждой, резиновыми перчатками.

Альфа-частицы обладают малой проникающей способностью, и в ткани человеческого тела проникают только на глубину долей миллиметра (0,03—0,07). Поэтому наружное облучение альфа-частицами серьезной опасности не представляет.

Действие альфа-активного изотопа при попадании его внутрь организма вызывает тяжелые поражения.

2. Бета (β)-частицы — это электроны, быстро движущиеся частицы, имеющие отрицательный заряд и очень малую массу.

Бета-частицы проникают на несколько большую глубину, чем альфа-частицы, на глубину до 1 см.

При больших дозах наружного облучения могут возникать повреждения мягких тканей.

Бета-частицы применяются для лечения опухолей.

Бета-частицы — активные вещества внутри организма действуют разрушительно. Одежда задерживает от 30 до 70% бета-частиц.

3. Гамма (γ)-лучи — электромагнитное излучение большой энергии, возникающее при естественном и искусственном радиоактивном распаде, испускаемое атомным ядром.

Гамма-лучи обладают значительно большей проникающей способностью, чем альфа- и бета-частицы.

Гамма-лучи большой энергии проходят через ткани тела человека, почти не поглощаясь. Облучению подвергаются все органы и ткани на пути прохождения лучей. Этим объясняется общее действие гамма-лучей на организм, вызывающих лучевую болезнь.

Действие гамма-лучей соответствует действию жестких рентгеновских лучей, возникающих при высоких напряжениях — в миллионы вольт.

Гамма-лучи имеют ту же природу, что и рентгеновские.

4. Рентгеновские лучи — искусственное электромагнитное излучение, получаемое при помощи специальных рентгеновских аппаратов. Последние применяются в медицинской практике для диагностики и лечения.

Мощные рентгеновские аппараты применяются в технике и научно-исследовательской работе.

Рентгеновские лучи, как и гамма-лучи, проходят через ткани организма. Их проникающая способность различна и зависит от величины напряжения, используемого для рентгеновской трубки. Рентгеновские лучи, проходя через организм, высвобождают в тканях электроны большой энергии, чем и объясняется их биологическое действие. Рентгеновские лучи могут вызывать лучевую болезнь.

5. Нейтроны — частицы атомного ядра, не содержащие электрического заряда. При искусственном радиоактивном распаде возникают потоки нейтронов большой энергии. Проходя через ткани и попадая в ядра атомов, нейтроны образуют искусственные радиоактивные атомы.

Биологическое действие нейтронов аналогично действию гамма-лучей.

Проникающая способность этих типов излучений различна. Проходя через различные среды, ткани тела, излучения вызывают ионизацию, то есть выбивают электроны из атомов, отдавая энергию. Поэтому проникающее излучение получило название ионизирующего излучения.

Изменения в организме от ионизирующего излучения обусловлены поглощенной тканями энергией излучения. Степень

изменений зависит от количества поглощенной энергии. Это в свою очередь обусловлено интенсивностью и продолжительностью излучения.

Можно провести аналогию с действием солнечных (ультрафиолетовых) лучей и образованием загара. Чем интенсивнее солнечный свет и чем длительнее человек подвергается его действию («загорает»), тем сильнее загар, то есть образуется большее количество пигмента.

Количество поглощенной энергии может быть измерено, то есть определена его доза. Принята международная единица дозы, которая называется рентгеном и обозначается латинской буквой «г».

Рентген — это физическая доза рентгеновских лучей, при которой в результате полного ионизационного действия в воздухе при 0° С и нормальном атмосферном давлении образуются заряды, каждый в одну электростатическую единицу на 1 см³ освещаемого объекта (Ост СССР). Доза, которую человек получает в год от естественного излучения, равна — 0,1 г. Доза в 1—2 г. уже может вызвать у человека и животного такие функциональные изменения, которые можно установить специальными наблюдениями.

Для лиц, соприкасающихся с ионизирующим излучением в силу служебных обязанностей, необходимо устанавливать предельно допустимые дозы излучения. Безопасной считается доза в 0,05 г., получаемая в сутки в течение многих месяцев.

Одномоментная доза в 25 г. не дает заметных поражений тканей и органов. При дозе 25—50 г. возникают изменения крови. Доза в 100—200 г. вызывает лучевую болезнь.

Отдельные виды млекопитающих по-разному реагируют на действие излучения. Половина погибает от дозы 200—1000 г. Для человека смертельной дозой является 400—500 г.

Заболевания различной степени тяжести и смерть от ионизирующего излучения могут иметь место в качестве профессионального заболевания у лиц, соприкасающихся с источниками ионизирующего излучения: у медицинского персонала рентгеновских кабинетов, при лечении рентгеновскими лучами и радиоактивными изотопами (рентгено- и радиотерапия). В практике могут иметь место иски в связи с профессиональными заболеваниями и утратой трудоспособности, а также возникать вопросы, связанные с осложнениями при рентгено- и радиотерапии.

§ 45. Действие ионизирующего излучения на организм человека — лучевая болезнь

Радиоактивные изотопы в настоящее время широко применяются в науке и технике, в медицине и сельском хозяйстве. В металлургии и машиностроении применяется радиография для

изучения процессов, происходящих в металлах, обнаружения дефектов в частях машин (так называемая дефектоскопия).

Светящиеся составы, например, на часах, приборах самолетов, автомашин содержат радиоактивные элементы. Источниками излучения являются мощные ускорительные и высоковольтные установки, циклотроны, бетатроны, рентгеновские аппараты в научно-исследовательских и промышленных учреждениях.

В медицине для лечения различных заболеваний, например злокачественных опухолей, в настоящее время применяются радиоактивные изотопы, рентгенотерапия. Радиоактивные изотопы применяются или в специальных аппаратах — излучателях, или вводятся непосредственно в пораженные ткани в виде игл.

В СССР построена первая в мире атомная электростанция и вводятся в строй новые мощные атомные станции. Построен и спущен первый атомный ледокол «Ленин».

Производство и применение атомной энергии требуют организации предупредительных, защитных мероприятий, обеспечивающих безопасность персонала. Нарушение правил техники безопасности или неисправность установок может вызвать тяжелое заболевание у лиц, работающих на производстве или в учреждении. На таких предприятиях действуют специальные правила техники безопасности и постоянный строгий контроль.

Ионизирующее облучение может иметь место в виде внешнего воздействия от радиоактивных веществ и установки или при попадании радиоактивных веществ в организм в виде пыли через дыхательные пути и в пищеварительный тракт с пищевыми продуктами, водой.

При попадании в организм частицы радиоактивных веществ всасываются в кровь и откладываются в тканях и органах: стронций, теллур откладываются преимущественно в костях, иод — в щитовидной железе, уран — в почках.

От действия ионизирующего излучения возникает особое заболевание — лучевая болезнь. Она встречается главным образом в качестве профессионального заболевания и может иметь место при неправильном применении рентгено- и радиотерапии.

Эксперименты на животных и наблюдения над больными позволили изучить изменения в организме, возникающие под действием ионизирующего излучения.

Лучевая болезнь известна в виде двух форм: острой и хронической.

Острая форма лучевой болезни. Острая форма лучевой болезни наблюдалась в Нагасаки и Хиросиме в 1945 году, а также в США при авариях на производстве.

Как показали эксперименты на животных, при значительной массивной дозе облучения (20 000—30 000 г.) может наступить молниеносная смерть — «смерть под лучом».

Острая форма лучевой болезни имеет четыре периода

Первый период (1—2 суток) характеризуется появлением головокружений, головных болей, общего недомогания, слабости. Могут иметь место покраснения кожи, слизистых оболочек, носовые кровотечения, расстройства сердечной деятельности, тошнота, рвота, поносы. Появляются слезотечение, учащенное мочеиспускание. Развивается лихорадочное состояние.

Особое значение имеет картина крови. Количество белых кровяных шариков вначале увеличивается, а затем уменьшается.

Большие дозы приводят к смерти уже в первом периоде.

Второй период характеризуется улучшением общего состояния и исчезновением острых симптомов, самочувствие пострадавшего улучшается и он как бы выздоравливает. Но несмотря на улучшение самочувствия пострадавшего, болезнь прогрессирует. Об этом свидетельствует картина крови. Количество белых кровяных шариков катастрофически падает. Скрытый период протекает в зависимости от дозы в среднем около недели (от нескольких дней до 2—3 недель).

В третьем периоде вновь возникают клинические симптомы: головная боль, рвота, понос. Повышается температура, падает вес больного. В коже, слизистых оболочках, внутренних органах развиваются множественные кровоизлияния. Количество белых кровяных шариков продолжает резко уменьшаться. Развиваются тяжелая ангина и общее заражение организма (сепсис).

Четвертый период наступает через 2—3 недели. В этом периоде или наступает медленное выздоровление с временными ухудшениями, продолжающееся неделями или месяцами, или заболевание приводит к смерти.

Течение острой лучевой болезни в зависимости от дозы облучения может быть различным по тяжести. Выздоровление или смерть могут наступить в любом периоде.

При вскрытии трупов лиц, погибших от острой лучевой болезни, установлено, что характер обнаруживаемых изменений зависит от степени поражения и времени наступления смерти.

При смерти «под лучом» в эксперименте у животных наблюдается лишь полнокровие внутренних органов. При смерти в первые дни заболевания особых изменений также не отмечается, но при микроскопическом исследовании обнаруживаются характерные изменения в органах кроветворения — костном мозге, селезенке, «лимфатических железах».

Обычно смерть от острой лучевой болезни наступает на 2—4 неделе заболевания. При вскрытии трупа обнаруживаются множественные кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки, внутренние органы, омертвление миндалин, слизистой полости рта, желудка, кишок, тяжелые изменения в органах кроветво-

рения, перерождение паренхиматозных органов и общее истощение.

Вскрытие трупов лиц, погибших от лучевой болезни вследствие попадания радиоактивных веществ в организм, требует особой осторожности.

Поражение атомным и термоядерным оружием.

При атомном взрыве, помимо ионизирующего излучения, действуют еще световое и тепловое излучение, так как температура в точке взрыва достигает 1—2 млн. градусов, и ударная волна вследствие огромного повышения давления. Разрушительная сила ядерного оружия распространяется на многие десятки километров от центра взрыва.

ГЛАВА X

РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ НЕОБЫЧНО ВЫСОКОГО ИЛИ НИЗКОГО АТМОСФЕРНОГО ДАВЛЕНИЯ

§ 46. Болезненные расстройства и смерть от высокого атмосферного давления (кессонная болезнь). § 47. Болезненные расстройства и смерть от низкого атмосферного давления (горная, высотная болезнь)

Колебания атмосферного давления в ту или иную сторону от нормального его уровня 760 мм даже в сравнительно небольших пределах могут давать иногда неприятные ощущения, особенно у лиц с неустойчивой нервной и сердечно-сосудистой системами, в силу влияния колебаний давления на нервную систему и через нее на сердечно-сосудистую деятельность. Но более существенными являются значительные отклонения в сторону повышения атмосферного давления, которые влекут уже более тяжелые расстройства, а иногда и смерть.

§ 46. Болезненные расстройства и смерть от высокого атмосферного давления (кессонная болезнь)

Действие высокого давления наблюдается в качестве профессиональной вредности у водолазов и кессонных рабочих, работающих под высоким давлением. Болезненные расстройства и даже смерть наблюдаются при этом в тех случаях, когда атмосферное давление резко и быстро изменяется или в сторону повышения, компрессии, или в сторону снижения его, декомпрессии.

При повышении внешнего давления в крови и тканях человека в большем или меньшем количестве в зависимости от ве-

личины давления внешней среды растворяются газы, растворятся преимущественно азот из окружающей среды. При постепенном увеличении давления такое растворение происходит также постепенно, а постепенное уменьшение давления приводит к постепенному же высвобождению газов из крови и тканей и удалению их из организма через дыхательные пути.

В случаях, когда давление уменьшается быстро, это ведет к быстрому высвобождению из крови и из тканей растворенных в них газов, благодаря чему происходит появление пузырьков газов в тканях и кровеносных сосудах. Током крови пузырьки газов заносятся в органы, закупоривают просветы сосудов и тем самым нарушают кровоснабжение органов (газовая эмболия). Закупорка сосудов пузырьками газов приводит к болезненным изменениям, внешнее проявление которых и получило название кессонной болезни, иногда заканчивающейся смертью.

Симптомы кессонной болезни разнообразны в зависимости от поражения ею тех или иных органов. Первые симптомы появляются через различные промежутки времени, от нескольких минут до нескольких часов. Они заключаются в мышечных и суставных болях, болях в животе и груди. При поражении спинного мозга наблюдаются параличи конечностей, расстройство мочеиспускания, дефекации, половой функции. Могут наступить слепота, глухота, острые психические расстройства, расстройство дыхания и кровообращения. Смертельный исход может наступить быстро или через несколько часов.

Вскрытие трупа важно производить возможно скорее после наступления смерти. При вскрытии в сердце и сосудах обнаруживаются пузырьки и скопления газов, как при воздушной эмболии.

В практике известны случаи и симуляции кессонной болезни. Нужно иметь в виду возможность такой симуляции и у водолазов.

При расследовании случаев кессонной болезни или смерти после водолазных и кессонных работ следует привлекать специалистов этого дела для проверки правильности проведения работ, соблюдения правил и инструкций, проверки состояния механизмов и прочих технических условий техники безопасности. При расследовании этого рода происшествий нужно иметь в виду также возможность смерти от недостатка кислорода для дыхания воздуха или от наличия примеси ядовитых газов, особенно при взрывных работах. Также имеют значение действие высокой и низкой температуры, согревания воздуха в кессоне, возможность электротравмы. Следует, наконец, проверить со-

стояние врачебного надзора за работающими, правильность допуска к таким работам только тех лиц, которые по состоянию здоровья могут работать при высоком давлении.

§ 47. Болезненные расстройства и смерть от низкого атмосферного давления (горная, высотная болезнь)

Действие низкого давления имеет место при подъемах на большие высоты, например, в горах в виде так называемой горной болезни или при полетах на больших высотах у летчиков, пассажиров в виде так называемой высотной болезни. Действие высотных полетов на организм человека в настоящее время в связи с увеличением потолка самолетов и полетами в тропосфере и стратосфере широко изучается авиационной медициной, развившейся в самостоятельную отрасль. При полетах на больших высотах, помимо пониженного давления, имеет значение еще и значительная скорость самолета, тоже оказывающая влияние на человека. Горная болезнь наблюдается при восхождении на горы альпинистов.

Симптомы болезни обычно начинают проявляться с высоты 4000 м, а иногда и несколько ниже. Симптомами этой болезни являются: головокружение, мерцание в глазах, учащение дыхания и сердцебиения. Характерным симптомом являются резкая мышечная слабость и утомляемость; каждый новый шаг, незначительное движение требуют значительных мышечных усилий. Нередко бывают кровотечения из носа и ушей. Лицо становится синюшным, появляются апатия, сонливость, затем наступает обморочное состояние, иногда заканчивающееся смертью. Предварительная тренировка в восхождениях значительно повышает выносливость.

Быстрое восхождение на горы у неподготовленных субъектов может вызвать тяжелое расстройство сердечной деятельности и быструю внезапную смерть. Смертельный исход при этом может быть обусловлен имеющимися сердечными заболеваниями, в частности слабостью сердечной мышцы, а не низким давлением. Такая внезапная смерть нетренированных с инвалидной сердечной мышцей людей наблюдалась при восхождении на горы неподготовленных туристов.

При расследовании неизвестных смертей в горах, когда обнаруживают труп, нужно помнить о возможности смерти и от других причин, например, смерти от действия молнии, солнечного и теплового ударов, падения с высоты.

Высотная болезнь у летчиков проявляется теми же симптомами, что и горная болезнь, но в более резкой степени. К ука-

занным симптомам присоединяются расстройство, подобное опьянению, расстройство памяти, ослабление всех органов чувств, потеря сознания, сердечная слабость и слабость мускулатуры, то есть мышечная слабость. Понятно, что такое состояние у летчиков, развившееся на большой высоте, может повести к потере управления самолетом с последующей катастрофой. Летчики на большой высоте, теряющие сознание, приходят в себя лишь после того, как самолет значительно снижается, и возвращение сознания у опытных летчиков дает им возможность избежать катастрофы.

Известно, что высотные полеты совершаются с кислородными аппаратами, применение которых возможно также лишь до определенных высот. Большое значение для летчиков при высотных полетах имеет предварительная тренировка в барокамере.

При расследовании несчастных случаев с летчиками обязательно следует привлекать прежде всего техническую экспертизу для осмотра частей самолета и кислородных приборов. Не следует также упускать из виду обязательное исследование внутренних органов на присутствие алкоголя и крови — на присутствие окиси углерода. Смерть на больших высотах зависит прежде всего от кислородного голодания. Поэтому на вскрытии обнаруживается резко выраженная картина задушения (быстро наступившей смерти).

Раздел IV

Воздействие химических факторов

ГЛАВА XI

РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

§ 48. Общие данные. § 49. Условия действия яда. § 50. Действие ядов на организм. § 51. Происхождение отравлений. § 52. Судебно-медицинское доказательство бывшего отравления. § 53. Отдельные яды и их действие

§ 48. Общие данные

Отравлением называют расстройство здоровья или смерть, вызванные действием ядовитых веществ.

Понятие «яд», «ядовитое вещество» является относительным. Абсолютно ядовитых веществ не существует. Одно и то же вещество в одних условиях вызывает болезненные расстройства или смерть, в других — оказывается безвредным, а при извест-

ных обстоятельствах может оказаться полезным, лекарственным средством. Многие лекарственные вещества, применяемые в медицинской практике, в то же время являются и сильнейшими ядами, например мышьяк, морфий, стрихнин.

С другой стороны, вещества безвредные, даже необходимые организму, например поваренная соль, вода, в определенных условиях могут вызвать не только болезненные расстройства, но и смерть. Яды действуют химически, например синильная кислота, мышьяк, физико-химически, как поваренная соль, отнимающая воду, или дистиллированная вода, растворяющая красные кровяные шарики, и физически, как радий, вызывающий малокровие и другие тяжелые расстройства здоровья.

Ядом нельзя называть вещества, которые действуют грубо механически, например толченное стекло. Таким образом, ядами будут вещества, которые при введении в организм в относительно небольших количествах, действуя химически, физико-химически или физически, вызывают болезненные расстройства или смерть.

Изучению действия ядовитых веществ посвящена особая отрасль науки — токсикология.

Отдельные отрасли токсикологии изучают действия специальных ядов. Промышленная токсикология изучает действие ядовитых веществ на различных производствах и разрабатывает меры по предупреждению этих отравлений; токсикология боевых отравляющих веществ изучает действие отравляющих веществ, применявшихся в виде боевых средств, меры борьбы с ними и способы лечения.

Судебная медицина занимается изучением отравлений, встречающихся в быту, возникающих случайно или умышленно — при несчастных случаях, убийствах, самоубийствах.

Расследование и доказательство отравлений возможны лишь при условии достаточных представлений о действии ядов и методах доказательств бывшего отравления.

Хранение, отпуск и применение ядовитых веществ. Веществ, которые могут оказывать ядовитые действия и вызывать отравление, бесчисленное множество. Одни из них очень опасны в силу своей ядовитости, другие же в обычном применении не ядовиты, например нашатырный спирт, и являются даже пищевкусовыми средствами (уксусная эссенция). Поэтому одни из них отпускаются и приобретаются беспрепятственно, а хранение и сбыт особо ядовитых веществ, применяемых в технике, медицине и т. д., строго регламентированы

особыми правилами, положениями, инструкциями. В качестве примера приводим правила о хранении и отпуске ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств из аптек.

ХРАНЕНИЕ И ОТПУСК ИЗ АПТЕК ЯДОВИТЫХ И СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ¹

1. Настоящие правила о хранении и отпуске из аптеки ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств распространяются на указанные вещества как в чистом виде, так и в смесях, растворах, лекарственных формах.

2. Все ядовитые лекарственные вещества, перечисленные в списке А (приложение IV), должны храниться как в рецептурной комнате, так и в остальных помещениях аптеки под замком, отдельно от прочих лекарственных средств. Шкафы для хранения запасов этих средств в материальной комнате аптеки, кроме того, опечатываются сургучной печатью.

Готовые к отпуску лекарства, содержащие ядовитые средства (список А), в заделанном виде хранятся под ответственностью рецептора отдельно от других лекарств в закрытом шкафчике (или закрытой горке).

На шкафах и ящиках, в которых эти средства хранятся, должна быть надпись: *venepa — ядовитые*. В шкафах должны находиться весы и разновес, ступки, воронки, цилиндры для отвешивания, смешения и растворения ядовитых средств. Мытье этих предметов должно производиться отдельно от другой посуды под наблюдением управляющего аптекой или лица, им уполномоченного.

В аптеках, не несущих ночных дежурств, шкафы для хранения ядовитых средств на ночь опечатывается печатью или на них накладывается тлomba.

Ядовитые средства хранятся в материальной комнате, в специальном шкафу ядовитых средств, в котором для них выделяется отдельный внутренний запирающийся шкафчик.

3. Ключи от шкафов и печать должны находиться у управляющего аптекой или фармацевта, им на то уполномоченного.

4. Запас ядовитых веществ, указанных в списке А, в аптеке не должен превышать месячной потребности аптеки, а в ассистентской — трехдневной потребности.

5. На ядовитые лекарственные вещества, указанные в списке А, а также на опий, опийную настойку, опийные экстракт, дионин и спирт в аптеках ведется выборочный учет на каждый предмет в отдельности с оставлением в аптеке оправдательных документов. Подлинные документы хранятся у управляющего аптекой или фармацевта, им на то уполномоченного.

6. Лицо, принимающее рецепты в аптеке (управляющий или рецептор), обязано при поступлении рецепта, в который входит ядовитое средство, проверить правильность прописанного, подчеркнуть цветным карандашом наименование ядовитого вещества и в случае необходимости дать соответствующие указания лицу, изготавливающему лекарство (непосредственно или через контролера).

7. Сильнодействующие лекарственные средства, перечисленные в списке Б (приложение V), должны храниться как в рецептурной комнате, так и в прочих помещениях аптеки отдельно от остальных лекарственных средств, в особых шкафах и ящиках с надписью: *hegoisa — сильнодействующие*.

8. Все лекарства, в состав которых входят ядовитые или сильнодействующие вещества (в чистом виде или смеси), отпускаются из аптек исклю-

¹ Государственная фармакопия.

чительно по рецептам врачей (об исключениях для фельдшеров и акушерок см. отдельные правила № 4).

Рецепты должны выписываться в точном соответствии с правилами.

9. Прописывая какое-либо ядовитое или сильнодействующее средство в дозе, превышающей высший прием, врач обязан отметить количество этого средства прописью с прибавлением восклицательного знака. При несоблюдении этого требования фармацевт обязан поступить согласно примечанию 3 к списку высших приемов.

10. В случае прописи кислот как в чистом виде, так и в смеси без обозначения в рецепте крепости отпускаются кислоты разведенные.

11. В рецептах, содержащих ядовитые или сильнодействующие средства, должны быть указаны способ употребления, частота приема и доза. Без таких указаний лекарство не подлежит отпуску. На рецептах, предназначенных для лиц моложе 18 лет или старше 60 лет, врач обязан указать и возраст больного.

12. Лекарства, в состав которых входят ядовитые лекарственные вещества (список А), не могут быть отпущены повторно (по сигнатуре или прежнему рецепту) без подписи врача.

13. Лекарства, содержащие сильнодействующие средства (список Б), не могут быть отпущены повторно (по сигнатуре или прежнему рецепту). Отпуск разрешается, если врач сделал отметку об этом в первоначальном рецепте.

14. Рецепт врача, содержащий ядовитые вещества, указанные в списке А, или опий, опийную настойку, экстракт опия и дионин, действителен не более 10 суток со дня его выдачи.

Единовременно для одного больного разрешается отпуск из аптек в смеси как максимум: опия полграмма (0,5), морфина, героина, дионина, омнопона и кокаина три дециграмма (0,3).

По рецептам ветеринарных врачей для лечения животных: опия до десяти грамм (10,0), морфина, дионина, омнопона и кокаина до одного грамма (1,0).

15. Ядовитые лекарственные вещества, указанные в списке А, отпускаются из аптек лечебным учреждениям по требованиям, подписанным руководителем учреждения или его заместителем и скрепленным круглой печатью учреждения, причем выдача производится исключительно лицу со специальной на это доверенностью, подписанной также руководителем лечебного учреждения или его заместителем и снабженной круглой печатью учреждения.

16. В виде исключения разрешается отпуск без рецепта врача в ручной продаже фенола в виде 2%-ного раствора.

17. Ампулы для инъекции должны иметь надпись с указанием содержания на каждой ампуле. При отпуске из аптек лекарств для инъекций независимо от их состава на склянках обязательно наклеиваются этикетки синего цвета с надписью: «Для внутривенного вливания» или «Для инъекций» и т. п.

18. Растворы хлористого цинка, растворы солей ртути и фенол в чистом виде в растворах (для фенола выше 2%) для наружного употребления или для дезинфекции должны отпускаться из аптек в конических склянках с надписями на самой посуде: «яд», «обращаться с осторожностью», и с ответственными этикетками, указывающими наименование яда на местном языке, как-то: «сулема», «хлористый цинк», «цианистая ртуть», «карболовая кислота».

На склянках, содержащих сулему и ее растворы, должны быть наклеены этикетки с указанием процента содержания сулемы и с изображением скрепленных костей и черепа.

19. Отпуск сулемового раствора большими количествами для дезинфекционных целей допускается в обычных бутылках с этикетками, указанными в § 18.

20. Временно, впредь до особого распоряжения Минздрава СССР, разрешается при отсутствии конических склянок отпускать указанные в § 18 лекарства в обычных бутылках.

21. Растворы сулемы обязательно окрашиваются в аптеке перед отпуском в яркий цвет путем добавления эозина (или фуксина, метиленовой синьки и т. п.), причем на этикетке (сигнатуре) должно быть отмечено, чем был подкрашен раствор.

22. Сулема в таблетках отпускается из аптек лечебным учреждениям и отдельным лицам по индивидуальным рецептам в запечатанном виде.

При расследовании отравлений необходимо прежде всего обязательно ознакомиться с правилами хранения ядовитых веществ, вызвавших отравление, установить происхождение яда и способ его получения. Нарушение правил изготовления, хранения, сбыта ядовитых веществ строго преследуется законом.

Сбыт и распространение отравляющих веществ предусмотрены ст.ст. 104, 179 и 179-а Уголовного кодекса.

«Ст. 104. Изготовление и хранение с целью сбыта и самый сбыт кокаина, опия, морфия, эфира и других одурманивающих веществ без надлежащего разрешения —

лишение свободы или исправительно-трудовые работы¹ на срок до одного года с конфискацией части имущества и без таковой.

Те же действия, совершаемые в виде промысла, а равно содержание притонов, в коих производится сбыт или потребление перечисленных в настоящей статье веществ, —

лишение свободы на срок до трех лет с конфискацией всего имущества.

Ст. 179. Изготовление, хранение, приобретение и сбыт сильнодействующих ядовитых веществ без специального на то разрешения, а также нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, учета и перевозки сильнодействующих ядовитых веществ карается —

лишением свободы на срок до пяти лет с конфискацией названных веществ.

Ст. 179-а. Производство посевов опийного мака и индийской конопли без соответствующего разрешения —

лишение свободы на срок до двух лет или исправительно-трудовые работы на срок до одного года с обязательной конфискацией посевов».

§ 49. Условия действия яда

Уже было указано, что не существует таких веществ, которые бы всегда, при любых условиях, проявляли свои ядовитые свойства. Повреждающее действие ядовитого вещества проявляется лишь при известных условиях. В практике нередко приходится встречать своеобразное действие одного и того же ядовитого вещества, необычную клиническую картину отравления, что объясняется различными условиями действия этого вещества. Поэтому при расследовании отравлений необходимо

¹ В соответствии со ст.ст. 21 и 25 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик 1958 года в настоящее время применяются исправительные работы.

тщательно учитывать все те условия, в которых протекало действие отравляющего вещества.

К важнейшим условиям отравления следует отнести: состояние, степень участия и поражение центральной нервной системы, дозу, растворимость и физическое состояние яда, концентрацию, значение сопутствующих веществ, длительность хранения яда, способы введения, накопление ядовитых веществ в организме и индивидуальные особенности организма.

Состояние нервной системы играет ведущую роль в течении и исходе многих отравлений. Опыты Фролова, Изергиной, Галкина и других показали, что наркоз может не только приостанавливать, но и прекращать действие некоторых ядовитых веществ.

Доза (количество) отравляющего вещества. Ядовитое вещество может вызвать отравление только лишь в определенной дозе. Минимальная доза яда, вызывающая отравление, называется отравляющей, или токсической, дозой. Количество вещества, меньшее его отравляющей дозы, не вызывает болезненного расстройства и может оказаться совершенно безвредным. Минимальное количество ядовитого вещества, вызывающее смерть человека, представляет собою смертельную дозу.

Растворимость, физическое состояние и концентрация яда имеют существенное значение при отравлениях. Яды не могут действовать, если они не всасываются в организме, что обусловлено в свою очередь растворимостью яда в соках организма. Вещества, которые не растворяются в соках организма, например в желудочном, не могут вызвать отравления. Следовательно, необходимым условием действия яда является его растворимость. Например, барий сернокислый не растворяется в желудочном соке и поэтому при приеме его внутрь не ядовит. Его беспрепятственно применяют при рентгеновском исследовании, прибавляя к каше, которую съедает больной перед рентгеновским просвечиванием. Барий углекислый растворяется в желудочном соке и поэтому чрезвычайно ядовит. Если по ошибке происходит прием углекислого бария вместо сернокислого, то это обычно ведет к смерти больного.

Ядовитые вещества могут быть в различном физическом состоянии: твердыми, жидкими и газообразными.

Физическое состояние яда имеет существенное значение при отравлениях. Ядовитое вещество в растворе будет действовать быстрее и в меньшем количестве, чем в твердом состоянии, так как для всасывания яда в кровь требуется предварительное растворение вещества. В газообразном состоянии ядовитое вещество будет действовать еще быстрее, проникая через дыхательные пути непосредственно в кровь.

Такое же значение имеет и концентрация ядовитых веществ. Концентрированные щелочи, кислоты действуют разрушающим образом на ткани и не вызывают такого действия в незначительной концентрации. Так, соляная кислота в разведенном виде применяется как лекарство, а концентрированная вызывает отравление.

Сопутствующие вещества, то есть те вещества, с которыми принимается яд, могут оказывать существенное влияние на течение отравления. Например, вещества, хорошо растворяющиеся в жирах, быстрее будут действовать, если они принимаются внутрь вместе с жирной пищей или с молоком, например фосфор. Действие цианистых соединений, в частности цианистого калия, усиливается в том случае, если он принимается в кислом растворе, например с виноградным вином.

Но некоторые вещества могут замедлять действие определенных ядов или даже прекращать его, если они принимаются совместно. Так, сулема, принимаемая с белковыми веществами, действует слабее, чем принятая в чистом виде. Морфин, стрихнин ослабляют свое действие, если они принимаются с крепким кофе, чаем или веществами, содержащими дубильную кислоту, так как при этом образуются нерастворимые соединения.

Этим пользуются, в частности, для ослабления и нейтрализации ядов при лечении отравлений.

Длительное хранение яда нередко сказывается на его токсических свойствах. Многие ядовитые растения при длительном хранении теряют в значительной степени свои ядовитые свойства. Некоторые ядовитые вещества при длительном хранении разлагаются, превращаются в менее сложные или менее ядовитые соединения, почему и не оказывают своего обычного действия при попытке отравления.

Способ введения яда имеет большое значение для действия ядовитого вещества, обуславливая всасывание ядовитого вещества и поступление его в кровь.

Чаще всего ядовитые вещества вводятся через рот и действуют, всасываясь либо в желудке, либо в кишечнике, откуда они поступают в кровь, оказывая и общее действие. При введении под кожу эффект действия яда возрастает во много раз, так как яд всасывается значительно быстрее и действует в меньших количествах.

Еще более быстрый эффект проявляют яды в тех случаях, когда они вводятся непосредственно в ток крови. При этом способе введения отравляющие и смертельные дозы во много раз меньше, чем при подкожном введении, и эффект действия значительно ускоряется. Это понятно, потому что вещество, введенное непосредственно в кровь, тут же оказывает действие на органы и ткани.

Ядовитые вещества могут всасываться при введении их через прямую кишку, влагалище, например при спринцевании сулемой. Известны случаи убийства посредством введения во влагалище мышьяка. Всасывание яда может происходить через мочевой пузырь, через соединительную оболочку глаза, непосредственно через кожу (боевые отравляющие вещества, сулема, карболовая кислота и др.). Весьма быстрый эффект получается в случаях, когда ядовитое вещество проникает в организм через легкие (окись углерода, боевые отравляющие вещества).

Индивидуальные особенности организма, в частности нервной системы, могут оказывать существенное влияние на действие ядовитых веществ. Так, возраст имеет значение в отношении дозы яда и некоторого избирательного отношения к яду. Грудные дети чрезвычайно чувствительны к опию и его препаратам и могут обнаруживать признаки отравлений в тех случаях, когда мать принимает препараты опия в качестве лекарственного вещества и передает их ребенку с молоком. В преклонном возрасте чувствительность к действию ядовитых веществ повышается, например быстрое опьянение стариков от небольшого количества алкоголя.

Состояние здоровья тоже имеет значение. Например, у людей, страдающих хроническими заболеваниями, истощенных, резче и быстрее сказывается действие ядовитых веществ.

Привыкание. Некоторые ядовитые вещества при систематическом приеме перестают оказывать свое действие в обычных дозах вследствие привыкания организма. Поэтому для получения соответствующего эффекта требуется увеличить дозу, причем иногда в таких размерах, которые могут превышать и превышают смертельную дозу вещества. Хорошо известно привыкание к алкоголю, морфию, кокаину, мышьяку и некоторым другим веществам. У некоторых лиц, наоборот, наблюдается повышенная чувствительность к некоторым веществам, например к хинину, йоду, от таких же доз, которые у нормального человека не вызывают никакой реакции. Необходимо еще указать на способность некоторых ядовитых веществ накапливаться в организме и оказывать ядовитое действие, спустя некоторое время, при систематическом применении лекарственных лечебных доз. Такое накопление ядовитых веществ в организме называется *кумуляцией*.

§ 50. Действие ядов на организм

Ядовитые вещества оказывают на организм различное действие. Одни ядовитые вещества действуют преимущественно в месте их приложения, другие могут не оказывать никакого

действия в месте введения, а проявляют его после всасывания в организм, действуя через кровь на органы и ткани.

Действие яда может быть первичным, то есть непосредственно на месте его применения, последовательным, когда ядовитое вещество, всасываясь в организм, вызывает те или иные болезненные изменения в различных органах и болезненные расстройства, связанные с этими изменениями, и, наконец, действие яда может быть отдаленным (метатоксическим), когда ядовитое вещество вызывает такие изменения в органах и тканях, что в последних в дальнейшем развиваются особенные болезненные явления, например белая горячка у хронических алкоголиков.

Течение отравления. Течение отравления может быть острым, подострым и хроническим. Одни и те же яды могут вызывать и острые, и подострые, и хронические отравления. Острыми называют быстро протекающие отравления. Относительно быстро протекающие отравления, например в течение нескольких дней, называются подострыми. Хронические отравления развиваются медленно и протекают длительно, неделями, месяцами, годами. Для хронических отравлений характерно то, что они вызываются длительным и систематическим действием таких доз, которые в отдельности сами по себе или оказывают очень слабое действие, или совсем его не оказывают. Симптомы хронического отравления отличаются от симптомов острого отравления тем же ядом. Некоторые яды могут вызывать только острое отравление (синильная кислота), другие же только хроническое (кварцевая пыль). Хронические отравления чаще всего наблюдаются в виде профессиональных отравлений у лиц, имеющих продолжительное время соприкосновение с теми или иными ядовитыми веществами.

Исход отравлений. Отравление может закончиться выздоровлением, когда ядовитое вещество после выделения его из организма перестает действовать, а изменения, вызванные им в тканях, ликвидируются и исчезают. Это — исход в полное выздоровление. Отравление может закончиться смертью либо от непосредственного действия ядовитого вещества, либо от тех болезненных изменений и расстройств, которые были им вызваны. Например, при отравлении сулемой смерть может наступить от поражения почек в результате изменений, вызванных непосредственным действием ртути при ее выделении почками. Наконец, следствием отравления может быть хроническое заболевание и даже инвалидность.

Ядовитые вещества могут выделяться желудком и кишечником, почками, потовыми и слюнными железами, грудными железами с молоком. В выделениях этих желез можно обнаружить известное количество ядовитых веществ. Одни ядовитые ве-

щества выделяются из организма неизмененными, другие превращаются в организме в различные растворимые и нерастворимые соединения или же разлагаются в организме и выделяются в виде других соединений.

§ 51. Происхождение отравлений

В СССР отравления встречаются сравнительно редко и относятся к бытовым, медицинским или профессиональным.

К бытовым отравлениям относятся несчастные случаи, самоубийства и убийства.

Несчастные случаи. Среди этого рода отравлений значительная часть относится к отравлению алкоголем и его суррогатами, окисью углерода в виде светильного или угарного газа, различными хозяйственными и техническими средствами, обладающими ядовитыми свойствами.

Самоубийства посредством отравления наблюдаются обычно такими доступными ядовитыми веществами, как каустическая сода, уксусная эссенция и др.

Убийства посредством яда встречаются в СССР исключительно редко. При убийствах обычно применяются вещества, не имеющие резкого запаха, вкуса и заметного цвета. Этим и объяснялись в дореволюционное время частые случаи убийств мышьяком, хотя встречаются убийства и стрихнином, который обладает очень горьким вкусом. Способы убийств посредством отравления различны.

Медицинские отравления. Сюда относятся случайные отравления сильнодействующими и ядовитыми медицинскими препаратами при неправильной дозировке лечебных средств взрослым, детям, неправильном прописывании лекарства врачом или неправильном составлении его аптекарем. Среди медицинских отравлений известны отравления при подкожном или внутривенном введении неправильно дозированных или не тех лекарственных веществ, следствием чего является смерть или тяжелое заболевание пациента. Сюда же следует отнести отравления при применении лекарственных веществ для вызывания аборта.

Профессиональные отравления встречаются преимущественно на различных производствах с повышенной вредностью при нарушении установленных правил охраны труда и техники безопасности.

В зависимости от вызываемых ядами болезненных расстройств различают ядовитые вещества с преимущественным местным действием — местнодействующие яды и ядовитые вещества, действующие на организм преимущественно после всасывания их, — резорбтивные яды (резорбция — всасывание).

Резорбтивные яды оказывают преимущественное действие на те или иные органы или системы: на кровь, сердце, печень, желудочно-кишечный тракт, почки, нервную систему и т. д.

§ 52. Судебно-медицинское доказательство бывшего отравления

В одних случаях мы встречаемся с несомненными и прямыми указаниями на отравление. В других — отравление лишь подозревается и его необходимо доказать. Да и в тех случаях, когда имеется прямое указание на отравление, оно должно быть доказано, в частности, при помощи судебно-медицинской и судебно-химической экспертизы.

Дела, возникающие по подозрению в отравлении, имеют свои специфические особенности и в ряде случаев представляют большие трудности при их расследовании. Поэтому необходимо остановиться на некоторых основных вопросах, касающихся диагностики отравлений.

К таким основным вопросам относятся: обстоятельства дела; прижизненные явления или клиническая картина; вскрытие трупа; судебно-химическое исследование, спектральное, ботаническое исследование; фармакологическое исследование или опыт на животных.

Обстоятельства дела. Иногда при смерти одного или нескольких человек обстоятельства дела прямо или косвенно могут указывать на отравление. Например, одновременное заболевание и смерть нескольких человек после пребывания в одном помещении или после совместного приема пищи с развитием болезненных симптомов одинакового характера могут либо прямо указывать на отравление, либо вызывать подозрение на отравление.

Пример: Грузчик из гаража принес с собой на работу бутылку со «спиртом» и предложил пятерым своим товарищам распить эту жидкость, и с четверья из них он «спирт» распил. Пятый рабочий отказался выпить, так как жидкость имела странный запах и вкус. Все выпившие спирт вскоре потеряли сознание и в течение ближайших полутора часов скончались.

При вскрытии трупов умерших и при судебно-химическом исследовании из внутренних органов был обнаружен дихлорэтан, который покойные выпили вместо спирта.

И в этом случае обстоятельства дела прямо указывали не только на отравление, но и на отравление выпитой жидкостью.

Обстоятельства дела могут дать следователю очень много, так же как и судебно-медицинскому эксперту, который на основании обстоятельств дела получает известную ориентировку для последующего исследования трупа (рис. 119).

Прижизненные явления (клиническая картина). При расследовании дел, где имеется подозрение на отравление, следова-

телю необходимо тщательно зафиксировать и выяснить у свидетелей, лиц медицинского персонала, болезненные симптомы, которые наблюдались у потерпевшего. При этом необходимо обратить внимание на время приема пищи, промежутки между приемом пищи и развитием первых болезненных симптомов: рвоту, понос, судороги, бессознательное состояние или, наоборот, ясное сознание, отсутствие желудочно-кишечного расстройства и т. п.

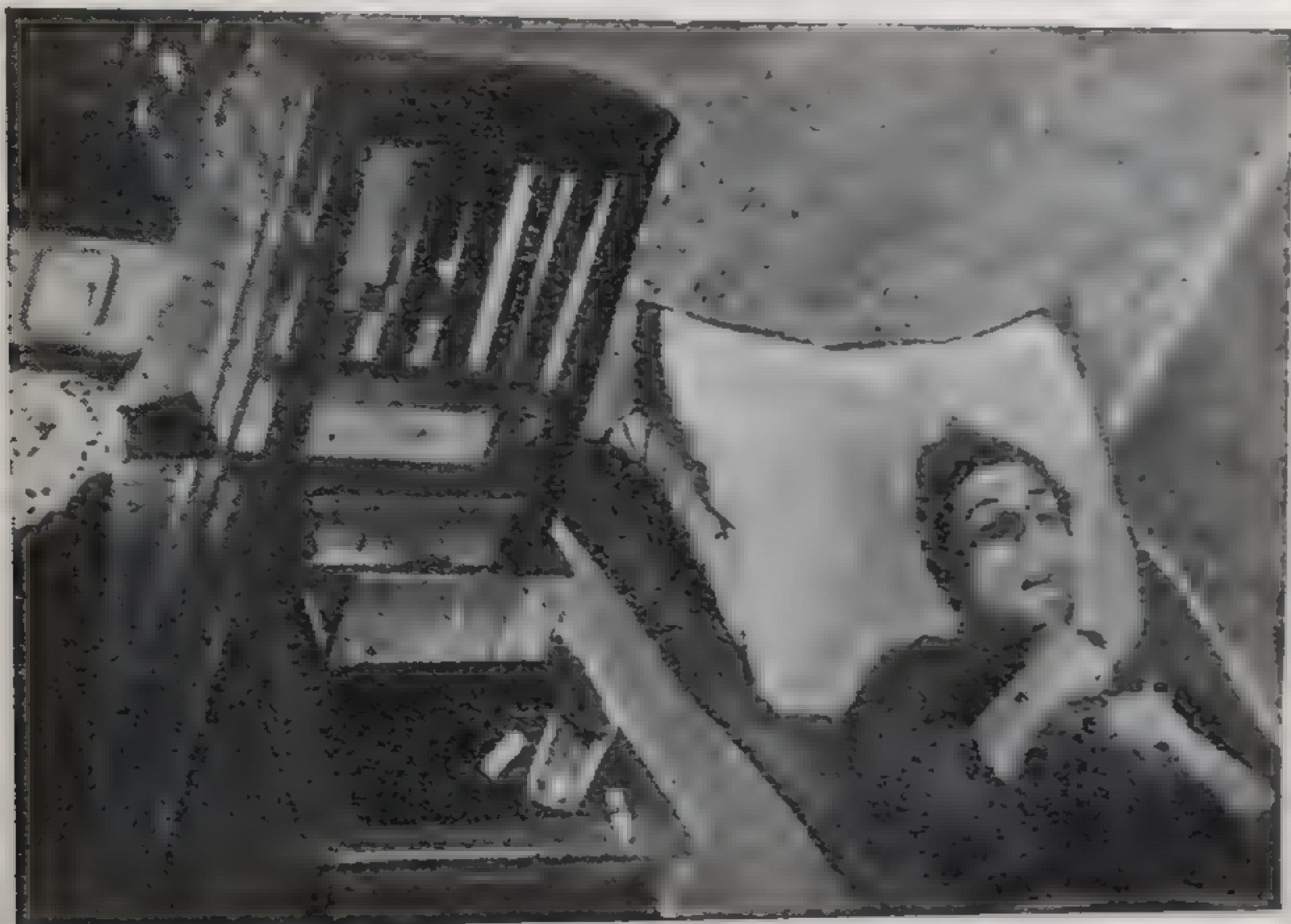


Рис. 119. Поза трупа на месте происшествия при отравлении стрихнином. Рядом на стуле пробирка от стрихнина

Клиническая картина иногда сама по себе может указывать на отравление определенным ядом, так как некоторые ядовитые вещества имеют особую, характерную только для них картину отравления. В практике встречаются и такие случаи, когда единственным доказательством отравления является клиническая картина. В то же время клиническая картина может дать возможность эксперту исключить отравление.

Вскрытие трупа. Судебно-медицинское исследование трупа относится к одному из наиболее достоверных и ценных доказательств бывшего отравления. При подозрении на отравление правилами судебно-медицинского исследования предусмотрен особый порядок исследования трупа.

При подозрении на отравление части органов из трупа направляются на судебно-химическое исследование.

Порядок изъятия и направления органов также предусмотрен правилами судебно-медицинского исследования трупа.

Правилами предписывается брать для исследования: 1) «желудок с содержимым; 2) около метра тонких кишок с содержимым; 3) одну треть печени с желчным пузырем; 4) одну почку с мочой; 5) части других внутренних органов; 6) часть толстой кишки с содержимым (в некоторых случаях).

Органы должны быть помещены в чистые стеклянные банки, желательнее с притертой пробкой, прикрыты пергаментом или клеенкой, опечатаны сургучной печатью так, чтобы банки нельзя было открыть без нарушения целостности печати. На банки полагается приклеить этикетки с указанием номера акта вскрытия, фамилии, имени и отчества умершего, даты изъятия органов с подписью эксперта, направляющего части трупа для судебнохимического исследования.

Органы, взятые для судебнохимического исследования, не разрешается консервировать, и только в исключительных случаях, например, при посылке на далекое расстояние или в жаркое время года, когда органы чрезвычайно быстро разлагаются, разрешается заливать их чистым ректифицированным спиртом. В отдельной банке необходимо при этом направить для исследования 200 мл того же самого спирта, которым заливались органы. Никаких других консервирующих веществ применять нельзя. Однако нужно помнить, что если органы направляются для исследования на присутствие в них алкоголя, то не следует их заливать спиртом, и посылать в этом случае при всяких условиях без консервирования. Применять для консервирования формалин, денатурированный спирт, спирт-сырец категорически запрещается.

В тех случаях, когда приходится прибегать к эксгумации трупа, необходимо в отдельные чистые банки взять по полкилограмма почвы над гробом и под гробом. В отдельную банку необходимо взять жидкость, обнаруженную в гробу, — части гроба, украшения, обивку гроба, которые сами по себе могут иногда содержать ядовитые вещества. Последние могут перейти в труп после его погребения и быть там обнаружены при судебнохимическом исследовании, что может ввести следствие в заблуждение.

Иногда при вскрытии трупа сразу можно обнаружить несомненные признаки отравления определенными ядами, например кислотами, щелочами, некоторыми кровяными ядами. Дальнейшие исследования лишь подтверждают данные вскрытия. Однако очень многие яды не оставляют никаких изменений в организме и установить отравление этими ядами при вскрытии трупа невозможно. В этих условиях приходится прибегать к судебнохимическому исследованию для обнаружения яда.

Отрицательный результат судебномедицинского вскрытия трупа имеет значение в том отношении, что при отсутствии

каких-либо болезненных изменений, могущих объяснить наступление смерти, эксперт может подозревать возможность отравления и поэтому прибегает для проверки своего подозрения к судебнохимическому исследованию.

Судебнохимическое исследование. Судебнохимическое исследование является следующим этапом в расследовании отравления. Судебнохимическому исследованию подвергаются органы, извлеченные из трупов, извержения и выделения человеческого тела, а также отдельные вещества — жидкие, порошкообразные, в твердом виде, — обнаруженные на месте происшествия, которые могут подозреваться в качестве отравляющих веществ.

Судебнохимическое исследование производится в специальных судебнохимических лабораториях. Гражданские судебнохимические лаборатории имеются в бюро судебномедицинской экспертизы (области, края, города).

Объекты, направляемые в лаборатории, должны быть оформлены так, чтобы они могли действительно служить вещественными доказательствами. Объекты, направляемые на исследование, должны быть тщательно упакованы и опечатаны и соответствующим образом обозначены.

Порядок направления объектов на исследование указан в Правилах изъятия и отправления различных объектов для судебнохимического исследования, утвержденных Министерством здравоохранения РСФСР.

Оценка результатов судебнохимического исследования. При исследовании объектов, в зависимости от результатов исследования, судебный химик может дать положительный или отрицательный ответ: первый — в случае обнаружения веществ, которые могут быть ядами; второй — в случае отсутствия таких веществ. И в том, и в другом случаях заключение судебного химика должно быть проверено с точки зрения его доказательности.

Обнаружение ядовитых веществ в организме еще не является доказательством того, что смерть является результатом отравления этим ядовитым веществом. Яд мог случайно попасть в труп при вскрытии, при применении дезинфицирующих веществ. Обнаруженное в трупе вещество могло быть принято за некоторое время до смерти как лекарственное. Например, химик, исследующий органы, извлеченные из трупа человека, длительное время принимавшего мышьяк, несомненно, обнаружит этот яд, что и укажет в своем ответе.

Препараты ртути, морфий и другие вещества также могут применяться в качестве лекарств и затем после смерти обнаруживаться в органах трупа.

Поэтому положительный результат судебнохимического исследования может быть доказательным лишь в случаях, когда химик обнаруживает такое количество этого вещества, которое в трупе приближается к смертельной дозе или превышает ее. Поэтому в каждом отдельном случае судебнохимическое исследование не должно ограничиваться только качественным исследованием, но должно включать и количественное определение обнаруженного вещества.

Отсутствие каких-либо ядовитых веществ при исследовании внутренних органов трупа само по себе также не является доказательством отсутствия отравления. Нередко при несомненных отравлениях некоторыми ядами судебнохимическое исследование дает отрицательные результаты. Объясняется это многими причинами. Ядовитое вещество могло разложиться в организме и поэтому не могло быть обнаружено. Ядовитое вещество в большей своей части могло уже выделиться из организма, а оставшееся минимальное количество не могло быть определено химиком потому, что смертельная доза ядовитого вещества, вызвавшего отравление, сама по себе чрезвычайно мала и количество оставшегося яда в частях внутренних органов настолько незначительно, что не может быть обнаружено судебнохимическим исследованием.

А К Т

СУДЕБНОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ИЗ ТРУПА КИРИЛЛОВА ПЕТРА МИХАЙЛОВИЧА 43 ЛЕТ И ОБНАРУЖЕННОГО НЕИЗВЕСТНОГО ВЕЩЕСТВА

25 февраля 1959 г. мною, судебным химиком бюро судебномедицинской экспертизы Н-ской области Романовым К. Л., начато исследование внутренних органов из трупа Кириллова П. М. и неизвестного вещества, присланных следователем прокуратуры Н-ского р-на Н-ской области Куликовой В. Г. с сопроводительным отношением за № 74 от 24 февраля 1959 г., постановлением о назначении судебнохимической экспертизы и копией акта судебномедицинского вскрытия трупа. Материал прислан для общего судебнохимического анализа.

Обстоятельства дела

7 февраля 1959 г. Кириллов П. М., заведующий аптекой в г. Н., ушел из дома. 22 февраля 1959 г. труп его был обнаружен в лесу недалеко от города. В кармане его пальто нашли пузырек с белым порошком. Труп Кириллова был вскрыт 23 февраля судебно-медицинским экспертом Б. При вскрытии трупа было обнаружено лишь полнокровие внутренних органов.

Осмотр присланного на анализ материала

Фанерный ящик размерами 35 × 27 × 21 см перевязан крестообразно веревкой серого цвета и опечатан пятью сургучными печатями с оттиском «Прокуратура г. Н.». На крышке ящика надпись от руки: г. Н., бюро

судебномедицинской экспертизы, для передачи судебному химику. «Прокуратура г. Н.». Вскрыть ящик без повреждения печатей нельзя. В ящике находились:

Бумажный сверток. На свертке имеется этикетка с надписью от руки фиолетовыми чернилами: «стеклянный флакон с белым порошкообразным веществом из кармана пальто трупа Кириллова П. М. Акт № 68 от 23 февраля 1959 г. Судебномедицинский эксперт Б».

В свертке находились:

1. Стеклообразный флакон с белым крупчатым порошком в количестве 2,5 г.
2. Стеклообразный флакон емкостью 200 мл, закрытый корковой пробкой. На боковой поверхности флакона этикетка с надписью: «Флакон со спиртом. Проба спирта к акту № 68 от 23 февраля 1959 г. Судебномедицинский эксперт Б.». Флакон содержит бесцветную прозрачную жидкость в количестве 200 мл с запахом спирта, нейтральной реакции на лакмус.

3. Три стеклообразные банки, емкостью каждая в 1 л. Упаковка банок одинакова. Банки закрыты корковыми пробками, покрыты белой бумагой и обвязаны шпагатом, концы которого припечатаны сургучом к бумаге. На боковых поверхностях банок наклеены этикетки с надписями от руки фиолетовыми чернилами:

«№ 1 части внутренних органов (почки, печень, мочевой пузырь) из трупа Кириллова П. М. Акт от 23 февраля 1959 г.»;

«№ 2 части внутренних органов...» (остальной текст расплылся);

«№ 3 части внутренних органов... тонкого кишечника из трупа Кириллова П. М. Акт № 68 от 23 февраля 1959 г. Судебномедицинский эксперт Б».

Содержимое банки № 1: целая, разрушенная почка весом 170 г; часть печени — 260 г; мочевой пузырь — 140 г; бурая жидкость с запахом спирта — 240 г. Реакция жидкости на лакмус — слабощелочная.

Содержимое банки № 2: часть легких весом 170 г; часть сердца — 130 г; часть мозга — 200 г; бурая жидкость с запахом спирта — 150 г. Реакция на лакмус жидкости — слабощелочная.

Содержимое банки № 3: часть желудка — весом 220 г; часть кишок — 310 г; бурая жидкость с запахом спирта 120 г. Реакция жидкости на лакмус — слабощелочная.

ХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Исследование содержимого склянки с притертой пробкой

Несколько крупинок порошка обрабатывалось водой, при этом порошок легко растворился. К части полученного раствора, подкисленного соляной кислотой, прибавлялся раствор хлористого бария. Наблюдалось образование белого осадка.

Несколько капель раствора вносились в раствор дефиниламина в концентрированной серной кислоте — синего окрашивания не наблюдалось.

К части раствора, подкисленного азотной кислотой, прибавлялся раствор азотнокислого серебра. Образования осадка или мути не наблюдалось.

Раствор порошка по каплям наносился на предметное стекло и испытывался общими реактивами на алкалоиды: раствор йода в йодиде калия, раствор йодида висмута в йодиде калия и раствор йодида ртути в йодиде калия. Во всех случаях наблюдалось образование осадков.

Несколько крупинок порошка обрабатывались несколькими каплями концентрированной азотной кислоты. Крово-красного окрашивания не наблюдалось. Раствор выпаривался на водяной бане досуха. Сухой остаток растворялся в ацетоне, и к полученному раствору прибавлялась капля свежеприготовленного раствора спиртовой щелочи. Раствор окрасился в фиолетовый цвет.

Несколько крупинок порошка обрабатывались каплей свежеприготовленного раствора формалина в концентрированной серной кислоте. Фиолетового окрашивания не наблюдалось.

Несколько крупинок порошка обрабатывалось каплей концентрированной серной кислоты. Желтого окрашивания, переходящего в оранжевое, не наблюдалось. В раствор вносился кристаллик двуххромовокислого калия; при движении кристаллика по дну чашки фиолетовых струек не наблюдалось.

Исследование внутренних органов

100 г измельченных внутренних органов (средняя проба) подщелачивались раствором едкого натра и испарялись на водяной бане. Остаток заливался 18%-ной соляной кислотой и кипятился с очищенной медной пластинкой в течение 30 минут. Не изменившаяся в цвете пластинка промывалась последовательно водой, спиртом, эфиром, затем сухая нагревалась в стеклянной запаянной с одного конца трубочке. В «возгоне» под микроскопом кристаллов, характерных для мышьяковистого ангидрида, и темных шариков ртути не наблюдалось. В трубочку вносилось несколько кристаллов йода, и она вновь нагревалась. В «возгоне» кристаллов в виде пластинок красного или желтого цвета, характерных для йодной ртути, не наблюдалось.

250 г измельченных внутренних органов (средняя проба) подкислялись щавелевой кислотой и подвергались перегонке с водяным паром. Первые порции дистиллята собирались в раствор едкого натра. Собрано 15 мл. Последующий дистиллят собирался в приемник — около 200 мл.

К первой порции дистиллята, подщелоченного раствором едкого натра, прибавлялось несколько капель свежеприготовленного раствора сернокислой соли закиси и окиси железа. Смесь взбалтывалась, и через 15 минут к ней добавлялась соляная кислота до слабокислой реакции. Образования синего осадка или окрашивания жидкости в синий или зеленый цвет не наблюдалось и в течение 48 часов.

В 10 мл дистиллята второго приемника прибавлялось несколько кристаллов резорцина и раствор едкого натра, раствор нагревался. Окрашивания в красно-оранжевый или розовый цвет не наблюдалось.

К 2 мл того же дистиллята прибавлялись капля анилина и спиртовой раствор едкого натра. Жидкость нагревалась, при этом запаха изонитрила не ощущалось.

К 10 мл второго дистиллята, подкисленного соляной кислотой, прибавлялся избыток бромной воды. Образования осадка или мути не наблюдалось.

Остальной дистиллят дважды дефлегмировался. В первый раз собиралось около 50 мл, во второй — 6 мл.

К 0,5 мл дистиллята последнего перегона прибавлялся 1 мл 25%-ной серной кислоты, 2 мл 2%-ного раствора перманганата калия. Раствор оставлялся на холоду в течение 10 минут, после чего обесцвечивался сульфитом, затем добавлялся 1 мл фуксина-сернистой кислоты. Раствор окрасился в фиолетовый цвет, исчезнувший при стоянии.

К 2 мл дистиллята прибавлялся избыток кристаллического ацетата натрия и двойной объем концентрированной серной кислоты. Раствор нагревался, при этом ощущался резкий запах уксусноэтилового эфира.

100 г измельченных внутренних органов (средняя проба) подщелачивались раствором едкого натра и выпаривались на водяной бане до удаления спирта. Остаток разрушался при помощи концентрированной серной и азотной кислот. Разрушение производилось до тех пор, пока бесцветная жидкость при нагревании в течение 40 минут без прибавления азотной кислоты не темнела. К жидкости прибавлялся двойной объем воды, и раствор денитрировался при нагревании и при прибавлении нескольких капель формалина. Конец денитрации устанавливался реакцией с дефиниламином

в концентрированной серной кислоте — отсутствие появления синего окрашивания. Избыток формалина удалялся нагреванием с несколькими каплями пергидроля, которое велось до появления тяжелых белых паров серной кислоты. Раствор разбавлялся водой до 300 мл, при этом образования осадка или мути не наблюдалось. Раствор нагревался до 40—45° и насыщался током сероводорода в течение 40 минут. Через двое суток жидкость сохранила резкий запах сероводорода. Выпавший незначительный бурый осадок отфильтровывался, промывался водой и обрабатывался на фильтре раствором аммиака. Осадок растворился полностью.

Аммиачный раствор выпаривался на водяной бане досуха. Остаток смешивался с содой, увлажнялся водой, подсушивался, стирался с сухой смесью равных количеств карбоната и нитрата натрия и осторожно сплавлялся с нитратом натрия прибавлением материала малыми порциями. Полученный белый сплав обрабатывался горячей дистиллированной водой. Сплав растворился полностью. Раствор насыщался углекислым газом. Появления осадка или мути не наблюдалось. Раствор по прибавлении 10 мл концентрированной серной кислоты подогревался до 120° и подвергался денатрации формалином, как указано выше.

Далее жидкость разбавлялась водой до 100 мл и исследовалась в аппарате для определения малых количеств мышьяка в течение одного часа. В суженной и охлажденной части восстановительной трубки аппарата никакого налета не наблюдалось.

К 250 г присланных внутренних органов (почка, печень, мочевой пузырь, легкие, мозг, сердце) и 185 г жидкости, которой они были залиты, прибавлялось 96°-ного винного спирта. Смесь подкислялась спиртовым раствором щавелевой кислоты и настаивалась в течение 2 суток при частом взбалтывании и проверке реакции. Через 2 суток полученная спиртовая вытяжка отфильтровывалась. Внутренние органы вновь заливались и подкислялись 96°-ным винным спиртом и настаивались еще сутки. Вторая спиртовая вытяжка также отфильтровывалась и затем соединялась с первой. Соединенные вместе спиртовые вытяжки выпаривались на водяной бане при температуре 40—45° до сиропообразной консистенции. Сиропообразный остаток повторно обрабатывался небольшими порциями винного спирта до тех пор, пока не получился раствор без осадка и мути. Выпадающие осадки, а также муть отфильтровывалась, фильтраты снова выпаривались на водяной бане при той же температуре. Прозрачный раствор выпаривался на водяной бане, сухой остаток обрабатывался 30 мл воды. Водный раствор кислой реакции извлекался 3 раза повторно хлороформом. Хлороформенные вытяжки соединялись вместе, промывались водой и отфильтровывались через сухой фильтр. Фильтрат испарялся при комнатной температуре в плоскодонной стеклянной чашке. На дне чашки кристаллического остатка, характерного для барбитуратов, не наблюдалось.

Кислый водный раствор, оставшийся после извлечения хлороформом, подщелачивался раствором аммиака и снова извлекался 3 раза повторно хлороформом. Хлороформенные вытяжки соединялись вместе, промывались водой и отфильтровывались через сухой фильтр. Фильтрат распределялся в 4 фарфоровые чашки и испарялся при комнатной температуре. Далее щелочной водой раствор повторно извлекался смесью из 1 части этилового спирта и 9 частей хлороформа. Спиртово-хлороформенные вытяжки соединялись вместе, промывались водой и отфильтровывались через сухой фильтр. Фильтрат распределялся в 2 фарфоровые чашки и испарялся при комнатной температуре.

Остаток в первой чаше растворялся в 3 каплях 1/10%-ной соляной кислоты.

Капли солянокислого раствора наносились на предметное стекло и испарялись при комнатной температуре. Полученные остатки растворялись в каплях воды. К одной из капель прибавлялась капля раствора йода

в йодиде калия, к другой капле — раствора йодида висмута в йодиде калия и к третьей капле — раствора йодида ртути в йодиде калия. Во всех случаях образовывался осадок.

Остаток во второй чашке обрабатывался несколькими каплями концентрированной азотной кислоты. При этом кроваво-красного окрашивания не наблюдалось. Азотнокислый раствор выпаривался на водяной бане досуха. Остаток растворялся в ацетоне, и к полученному раствору прибавлялась капля свежеприготовленного спиртового раствора едкой щелочи, при этом наблюдалось слабо фиолетовое окрашивание.

Остатки в неиспользованных 4 чашках растворялись в небольшом количестве воды, подкисленной 0,1%-ным раствором соляной кислоты. Раствор отфильтровывался. Фильтрат извлекался 3 раза повторно хлороформом, затем подщелачивался раствором аммиака и снова повторно извлекался хлороформом. Хлороформенные вытяжки из щелочного раствора собирались вместе, промывались водой и отфильтровывались через сухой фильтр. Фильтрат распределялся в 5 фарфоровых чашках и испарялся при комнатной температуре. Далее щелочной водный раствор повторно извлекался смесью из 1 части этилового спирта и 9 частей хлороформа. Спиртово-хлороформенные вытяжки соединялись вместе, промывались водой и отфильтровывались через сухой фильтр.

Фильтрат распределялся в 2 фарфоровые чашки и испарялся при комнатной температуре.

По испарении хлороформа с остатками проводились реакции осаждения с растворами йода в йодиде калия, йодида висмута в йодиде калия и йодида ртути в йодиде калия; реакции с концентрированной азотной кислотой спиртовым раствором едкой щелочи, с раствором формалина в концентрированной серной кислоте и кристалликом хромпика в концентрированной серной кислоте так, как указано при исследовании белого порошка.

Результаты всех реакций получились такие же, какие были получены при исследовании белого порошка.

Фармакологическое испытание

Остаток в пятой чашке растворялся в нескольких каплях 0,1%-ного раствора соляной кислоты. Полученный раствор выпаривался при комнатной температуре досуха. Остаток растворялся в 3 каплях воды. Водный раствор вводился при помощи глазной пипетки на слизистую оболочку одного глаза кошки. Через 20 минут у кошки наблюдалось расширение зрачка глаза, в который вводился исследуемый раствор.

140 г измельченных внутренних органов (желудок и кишки) и 60 г жидкости подвергались химическому исследованию на алкалоиды, так же как описано. Результаты химических реакций на атропин получали положительные.

Исследование образца спирта, которым были законсервированы внутренние органы

5 мл исследуемого спирта выпаривались на водяной бане при температуре 40—45° досуха. Сухой остаток обрабатывался несколькими каплями 0,1%-ного раствора соляной кислоты. Раствор по каплям наносился на предметное стекло и испытывался общими реактивами на алкалоиды: раствор йода в йодиде калия, йодида висмута в йодиде калия, йодида ртути в йодиде калия, при этом образования осадка или мути не наблюдалось.

5 мл исследуемого спирта выпаривались на водяной бане при температуре 40—45° досуха. Сухой остаток обрабатывался несколькими каплями концентрированной азотной кислоты, раствор выпаривался на водяной бане

досуха. Остаток растворялся в ацетоне и к полученному раствору прибавлялась капля свежеприготовленного спиртового раствора едкой щелочи. Фиолетового окрашивания не наблюдалось.

Заключение

1. Белый крупчатый порошок, доставленный в флаконе с притертой пробкой, в количестве 2,5 г, представляет собою сернокислый атропин.
2. Во внутренних органах из трупа Кириллова при исследовании обнаружен атропин.

Свободных минеральных кислот, едких щелочей, синильной кислоты, хлоралгидрата, хлороформа, формальдегида, фенолов, метилового (древесного) спирта, мышьяка, сурьмы, олова, ртути, серебра, свинца, меди, висмута, кадмия, бария, стрихнина, вератрина, морфина, кодеина, бруцина во внутренних органах при исследовании не обнаружено.

3. В присланном образце спирта при исследовании алкалоидов, в частности атропина, не обнаружено.

Исследование производил

судебный химик (РОМАНОВ)

Спектральное исследование. Судебнохимическое исследование может быть дополнено спектральным исследованием при отравлении кровяными ядами.

Ботаническое исследование. При отравлениях ядовитыми растениями, например цикутой, грибами, приходится прибегать к ботаническому исследованию, которое позволяет обнаружить в содержимом желудка и кишечника характерные частички этих растений.

Фармакологическое исследование или опыты на животных. При отравлениях некоторыми ядами при отрицательном результате химического исследования имеется возможность доказать присутствие ядовитого вещества фармакологическим исследованием или опытом на животных, органы которых могут реагировать на ничтожное количество этих ядовитых веществ. Например, миллионные доли грамма стрихнина вызывают судороги у лягушки. Сотысячные доли грамма атропина вызывают расширение зрачка у кошки. Опыт на животных может быть применен лишь по отношению к некоторым ядовитым веществам, и поэтому применение его ограничено. Положительный результат фармакологического исследования является таким же доказательством, как и судебнохимическое исследование.

В тех случаях, когда приходится прибегать к эксгумации трупа в связи с подозрением на смерть от отравления, нужно иметь в виду, что некоторые яды могут сохраняться чрезвычайно долгое время и обнаруживаться в трупе спустя не только много недель, но даже и месяцев, а иногда и лет после погребения. Это относится к таким ядам, как мышьяк, ртуть, окись углерода, некоторые алкалоиды.

§ 53. Отдельные яды и их действие

Количество веществ, обладающих отравляющими свойствами, очень велико. Однако в практике встречаются отравления немногими веществами, отчасти потому, что они наиболее доступны, или же потому, что наиболее известны их отравляющие свойства.

Ниже будут рассмотрены только те яды, отравления которыми имеют известное практическое значение.

Серная кислота. Концентрированная серная кислота (94—98%-ная) применяется в химической промышленности, технике и обладает очень сильным разрушительным действием на ткани человеческого тела. Смертельные отравления возможны от приема 5 куб. см, то есть чайной ложки, серной кислоты.

Клиническая картина. При отравлении серной кислотой тут же после приема появляются резкие боли во рту, пищеводе, желудке. Сильные боли приводят к шоку, падению сердечной деятельности. Наблюдается обильная рвота буро-красными массами, иногда с кровью, кашель. Лицо становится синюшным, зрачки расширяются, сердечная деятельность ослабевает, и через 1—2 часа наступает смерть. При затянувшихся отравлениях развивается кровавый понос, судороги, прекращение отделения мочи, икота, глубокое обморочное состояние, смерть.

При приеме менее концентрированных растворов кислоты ожоги пищевода после заживления и рубцевания приводят к сужению или полной непроходимости пищевода и смерти от истощения.

Данные вскрытия. Слизистые оболочки пищеварительного тракта от полости рта и иногда до верхнего отдела тонких кишок превращаются в струп вначале беловатого, а затем черного цвета. В полости желудка содержатся черно-бурые массы. Стенки желудка нередко разрушаются кислотой, особенно в области дна, и содержимое желудка попадает в брюшную полость. Иногда поражается слизистая оболочка дыхательных путей при рвоте, кашле. На коже в окружности рта образуются буро-красные пятна от действия кислоты, которая выделяется при кашле, рвоте или проливается при проглатывании кислоты.

Происхождение отравлений. Серная кислота в домашнем хозяйстве применяется для чистки водопроводных раковин, унитазов. Случайные отравления встречаются при ошибочном приеме кислоты вместо, например, спиртных напитков, когда она хранится в бутылках из-под вина. Встречаются самоубийства посредством серной кислоты. Известны случаи убийства детей.

Соляная кислота. В продаже встречается техническая соляная кислота (30—40%-ная), очищенная соляная кислота (25%-ная) и разведенная соляная кислота (12,5%-ная). Она имеет широкое применение в различных производствах, применяется в медицине. В домашнем хозяйстве употребляется для чистки эмалированных и фаянсовых предметов, а также для паяния. Смертельной дозой является 15—20 куб. см концентрированной кислоты.

Клиническая картина одинакова с той, что наблюдается при отравлении серной кислотой.

Данные вскрытия. Изменения желудочно-кишечного тракта сходны с теми, которые возникают при отравлении серной кислотой, но слабее выражены. Слизистая оболочка окрашена в сероаспидный, почти черный цвет и в полости рта и пищевода иногда отделяется пластами. Тонкие кишки обычно поражаются также на значительном протяжении. В желудке и кишечнике обнаруживаются буро-коричневые массы, напоминающие кофейную гущу.

Происхождение отравлений. Отравление соляной кислотой бывает главным образом случайным, когда соляную кислоту принимают или дают вместо другой жидкости. Однако встречаются и самоубийства.

Едкие щелочи применяются в различных производствах. В домашнем хозяйстве для стирки белья, мытья полов, чистки посуды употребляется так называемая каустическая сода. Она свободно продается для хозяйственных надобностей. Отравления другими щелочами встречаются редко. Смертельная доза крепкой щелочи (15%-ная) составляет 20 куб. см.

Клиническая картина имеет много сходного с отравлением кислотами. Тут же после приема внутрь раствора щелочи появляются сильные боли по ходу пищеварительного тракта, начиная с полости рта, тошнота и рвота бурыми массами с частичками слизистой оболочки, позднее появляется кровавый понос. Смерть наступает в первые часы после отравления от шока или паралича сердца.

Данные вскрытия. Слизистая оболочка пищевода, желудка, иногда верхнего отдела тонких кишок набухшая, утолщена, буро-зеленоватого цвета. При ощупывании слизистая оболочка представляется как бы намыленной, скользкой, в желудке и кишечнике — бурые массы.

Происхождение отравлений. Отравления каустической содой встречаются нередко, особенно в больших городах. Большинство отравлений носит случайный характер в результате ошибочного приема каустической соды вместо каких-либо напитков. Среди взрослых такие случайные отравления встречаются главным образом у алкоголиков. Среди детей отравления

наблюдаются преимущественно у малолетних, выпивающих случайно оставленные растворы щелочи. Известны случаи убийства детей и взрослых. Последним щелочь дается обычно под видом спиртных напитков или вместе с ними.

Мышьяк. Ядовитые свойства мышьяка известны давно. Отсутствие вкуса и запаха и сильные токсические свойства позволили применять его с целью убийства.

Ядовитых препаратов мышьяка очень много, важнейшими из них являются следующие.

Белый мышьяк (ангидрид мышьяковистой кислоты) — в виде белых кусков, напоминающих фарфор, или белого порошка. Нередко применяется как средство для борьбы с грызунами. Смертельная доза белого мышьяка равна 0,1—0,2 г.

Фовлеров раствор — препарат мышьяковистой кислоты, применяется в медицинской практике. Из органических соединений мышьяка известны с а л ь в а р с а н, о с а р с о л и др.

Клиническая картина. Острое отравление мышьяком протекает по-разному, поэтому различают две формы отравления.

Желудочно-кишечная форма. Первые симптомы появляются не сразу, а в различные промежутки времени — от получаса до двух часов: неприятные ощущения во рту, усиливающаяся рвота, боли в животе. Далее развиваются холероподобный понос с выделениями, напоминающими рисовый отвар, головокружение, обморочное состояние и судороги. Лицо становится осунувшимся, температура падает, усиливается общая слабость, и, наконец, через несколько часов, реже дней, наступает смерть.

Паралитическая форма обусловлена поступлением больших количеств мышьяка в организм и протекает без желудочно-кишечных явлений. Общая слабость и потеря сознания сопровождаются судорогами и развитием паралича мозговых центров обычно уже через несколько часов после отравления.

Данные вскрытия. При желудочно-кишечной форме отравления изменения заключаются преимущественно в остром воспалении желудка и особенно тонких кишок. В последних набухшая слизистая оболочка как бы покрыта отрубевидным налетом с кровоизлияниями вследствие омертвения эпителия, иногда изъязвлена. При затянувшемся отравлении наблюдается перерождение внутренних органов.

Происхождение отравлений. Убийства и самоубийства посредством отравления мышьяком в настоящее время встречаются исключительно редко. Наблюдаются случайные отравления при попадании мышьяка главным образом в пищевые продукты преимущественно растительного происхождения, при применении мышьяковых соединений для борьбы с вре-

дителями сельского хозяйства, грызунами. Встречаются также отравления лечебными препаратами мышьяка — фовлеровым раствором, сальварсаном, осарсолом.

Ртуть. Металлическая ртуть не ядовита (пары ее ядовиты). Из ядовитых соединений ртути практическое значение имеет сулема, или двухлористая ртуть, отравления которой время от времени встречаются. Сулема — белый кристаллический порошок, применяется в медицинской практике как сильное дезинфицирующее средство. В продажу сулема поступает в виде таблеток по 0,5—1 г с добавлением красной или синей краски, для того чтобы при растворении таблеток в воде окрашивался и раствор. Делается это для предупреждения случайных отравлений растворами сулемы. Отравление другими препаратами ртути встречается сравнительно редко. Смертельная доза сулемы равна 0,2—0,5 г.

Клиническая картина. Сулема поражает пищеварительный тракт и почки. Первые симптомы отравления появляются вскоре после приема: боли по ходу пищевода и в желудке, неприятный металлический вкус во рту, тошнота и рвота, иногда с кровью, особенно при приеме таблеток сулемы, которые изъязвляют слизистую. Через некоторое время появляется понос. Функция почек нарушается, отделение мочи уменьшается и затем совершенно прекращается. Через 5—7—10 дней наступает смерть от поражения почек. В полости рта разрыхляются и изъязвляются десны. Это сопровождается резким запахом изо рта. В отдельных случаях смерть может наступить в первые сутки от ослабления сердечной деятельности.

Данные вскрытия. Степень тяжести изменений внутренних органов зависит от длительности отравления. Слизистая десен может быть разрыхлена или же изъязвлена. Слизистая желудка окрашивается в серо-аспидный цвет, иногда с язвами в тех местах, где находилась таблетка сулемы. В дальнейшем в толстых кишках появляются язвы, как при дизентерии. Почки увеличиваются в объеме, набухают, принимают желто-розовую окраску.

Происхождение отравлений. Убийства как взрослых, так и детей отравлением сулемой встречаются очень редко. Напротив, самоубийства такой редкости не составляют, хотя встречаются преимущественно у медицинского персонала, имеющего доступ к сулеме. Встречаются также случайные отравления таблетками сулемы, принимаемыми ошибочно, например, за конфеты, и раствором сулемы вместо воды.

Имеют место также медицинские отравления препаратами ртути и профессиональные отравления.

Уксусная кислота. Концентрированная уксусная кислота имеет крепость 96%, разведенная — 30%; уксусная эссенция

50—80%; столовый уксус 2—4%. Смертельная доза равна приблизительно 15 граммам крепкой уксусной кислоты или стакану крепкого уксуса.

Клиническая картина напоминает отравления неорганическими кислотами: боли по ходу пищеварительного тракта с сильной рвотой буро-коричневыми массами, издающими запах уксуса, ожоги с изъязвлением слизистой полости рта и кожи в его окружности, кашель, понос с буро-красными выделениями. Смерть — в первые часы или дни, в зависимости от дозы и концентрации кислоты.

Данные вскрытия. Ожоги и изъязвления слизистой оболочки очень глубокие. Слизистая полости рта, пищевода, желудка, часто и верхнего отдела кишок утолщенная, набухшая, серо-черного цвета, как при отравлении серной кислотой. Стенка желудка значительно утолщена, отечна, в желудке и кишечнике — бурые массы. Слизистая дыхательных путей часто бывает также раздражена, полнокровна от вдыхания паров уксусной кислоты. Уксусная кислота действует разрушающе на красные кровяные шарики, вызывая их растворение.

Происхождение отравления. Преобладающее большинство отравлений уксусной кислотой составляют самоубийства. Убийства очень редки и распространяются преимущественно на детей раннего возраста. Встречаются также и случайные отравления детей, а также взрослых в состоянии опьянения.

Оксид углерода. Оксид углерода образуется при неполном сгорании органических веществ. Чистая оксид углерода — бесцветный газ, не имеющий запаха. Отравления происходят не чистой оксидом углерода. К смесям с различным содержанием окиси углерода относятся: угарный газ, светильный, выхлопные газы двигателей внутреннего сгорания, пороховые газы и некоторые другие смеси.

Клиническая картина. Симптомы отравления оксидом углерода хорошо известны и обычно развиваются постепенно. Головная боль, усиливающаяся при дальнейшем вдыхании газа, тошнота, слабость. Далее появляются возбуждение, напоминающее опьянение, рвота, мельканье в глазах, шаткая походка. Затем сознание угасает, лицо бледнеет, происходит непроизвольное выделение кала, мочи. Дыхание и сердцебиение замедляются, и наступает смерть. При большой концентрации окиси углерода во вдыхаемом воздухе смерть может наступить очень быстро без предшествующих симптомов. Это так называемое сверхострое, или молниеносное, отравление. Смерть наступает по существу от задушения вследствие нарушения дыхательной функции крови.

Данные вскрытия. Диагноз отравления окисью углерода на трупе обычно поставить не трудно. Часто отравление окисью углерода можно обнаружить уже при наружном осмотре трупа. Окись углерода, являясь кровяным ядом, изменяет цвет крови в ярко-красный. Окраска кожных покровов в области трупных пятен часто бывает розово-красная. Кровь в трупе жидкая, ярко-красная, алая. Такую же окраску имеют все внутренние органы и скелетная мускулатура. Окраска органов и крови сохраняется и при значительном разложении трупа, спустя несколько месяцев после смерти. Присутствие окиси углерода в крови может быть доказано спектральным и химическим исследованием.

Происхождение отравления связано с источником окиси углерода.

Отравление угарным газом происходит при пожарах, неправильной топке, в случаях, когда рано закрывают печки или при их неисправности. Самоубийства очень редки. Для этой цели прибегают обычно к древесному углю, который разжигают в чугунном или глиняном горшке в закрытом помещении.

Отравление светильным газом чаще бывает случайным — при неисправности газовой сети, в ванных комнатах. Светильный газ может просачиваться из неисправных уличных газовых магистралей через почву в ближайшие помещения и вызывать отравления. Проходя через почву, светильный газ теряет свой запах и поэтому легко вызывает отравление. Встречаются самоубийства светильным газом. Известны и убийства.

Выхлопные газы от двигателей внутреннего сгорания — автомобилей, танков, тракторов, самолетов вызывают отравление различной степени, вплоть до смертельного исхода. Действие выхлопных газов может сказываться в машине при неисправности моторов, кузова, выхлопной трубы или неудачной конструкции, вследствие чего выхлопные газы засасываются в кабину или кузов.

Так называемая «лимузинная болезнь» представляет собою часто отравление выхлопными газами. Известны также смертельные отравления выхлопными газами в небольших гаражах с плохой вентиляцией, так называемые «гаражные смерти». Немецкие фашисты, как известно, применяли для умерщвления жертв выхлопные газы в специальных автомашинах — «душегубках».

Пороховые газы, накапливающиеся при стрельбе из плохо вентилируемых огневых точек, вызывают отравление в виде так называемой «пороховой болезни». При взрывах больших количеств взрывчатых веществ, при стрельбе из орудий большого калибра возможны сверхострые отравления

при вдыхании образующихся газов с большой концентрацией окиси углерода. Отравления окисью углерода встречаются и при подрывных работах.

Синильная кислота и ее соединения имеют применение в промышленности, в некоторых производствах, в химических лабораториях, в фотографии, для дезинфекции и т. д. Синильная кислота содержится также в косточках слив, вишен, абрикосов, в зернах горького миндаля. Синильная кислота и ее соединения очень ядовиты. Отравления вызываются чаще всего цианистым калием, реже синильной кислотой, еще реже встречаются отравления косточками плодов. Смертельная доза синильной кислоты при приеме внутрь 0,06 г, цианистого калия 0,15—0,25 г. Несколько десятков зерен горького миндаля, вишневых косточек или абрикосовых зерен могут вызвать смертельное отравление.

Клиническая картина. Большие дозы синильной кислоты и цианистого калия приводят к смерти через несколько секунд. Человек внезапно с криком падает и умирает. При меньших дозах отравление развивается медленнее и смерть наступает через несколько минут или десятков минут.

Симптомы отравления при этом следующие: головная боль, тошнота, общая слабость, ослабление дыхания и сердцебиения. Вскоре наступает одышка, выпячивание глаз, чувство страха и стеснения в груди, судороги, потеря сознания. Эти симптомы завершаются параличом дыхания и остановкой сердца. Синильная кислота вызывает прекращение внутриклеточного дыхания. От действия синильной кислоты клетки теряют способность поглощать кислород, и смерть наступает от задушения (гистотоксическая гипоксия).

Данные вскрытия. Характерным признаком отравления препаратами синильной кислоты является запах горького миндаля от внутренних органов, особенно мозга, и из полостей трупа. Кровь и внутренние органы имеют светло-красную с вишневым оттенком окраску. Слизистая оболочка желудка набухшая, розово-красной окраски, покрыта слизью.

Происхождение отравлений. Отравления синильной кислотой сравнительно редки и относятся к случайным, главным образом при применении синильной кислоты для дезинфекции помещения и одежды. Недостаточное проветривание помещений и преждевременное вселение приводят к смертельному отравлению. Точно так же применение без проветривания дезинфицированной одежды, постельных принадлежностей легко вызывает смертельное отравление. Зарегистрированы массовые смертельные отравления советских военнопленных в немецких лагерях от дезинфицированной одежды, умышленно выдававшейся без предварительного проветривания.

Немецкие фашисты в концентрационных лагерях --- Освенциме, Треблинке и многих других --- применяли синильную кислоту в виде препарата «циклон Б» в специальных камерах для массовых убийств заключенных.

Самоубийства синильной кислотой очень редки. В судебно-медицинской практике чаще встречаются отравления цианистым калием. Первое место среди них занимают самоубийства среди лиц, имеющих доступ к цианистому калию, --- химиков, лаборантов. Реже встречаются случайные отравления цианистым калием. Известны и убийства.

Морфин является составной частью опия. Последний представляет собою сгущенный сок особого вида мака и содержит, кроме морфина, и другие наркотические вещества. Морфин --- белый порошок, очень горького вкуса, имеет большое применение в медицине как прекрасное успокаивающее и болеутоляющее средство. Наркотическое действие морфина объясняет привыкание к нему и развитие наркомании. Поэтому применение морфина, продажа его и посевы опийного мака, из которого морфин добывается, строго регламентированы законом. Смертельная доза морфина равна 0,2—0,4 г.

Клиническая картина. После некоторого периода возбуждения при приеме токсических и смертельных доз морфина появляются апатия, сонливое состояние и сон, переходящий в наркоз. Дыхание замедляется, лицо становится синюшным, пульс неправильным, зрачки резко сужены. Дыхание, наконец, прекращается вследствие паралича дыхательного центра, а через несколько минут останавливается и сердце. Смерть наступает от задушения через несколько (2—12 и более) часов, в зависимости от количества принятого яда. В затянувшихся случаях смерть может наступать от воспаления или отека легких.

Данные вскрытия не представляют ничего характерного, кроме резко выраженных явлений задушения. Кровь жидкая или в свертках при длительной агонии, множественные кровоизлияния, резкое полнокровие внутренних органов, особенно мозга, его оболочек и легких.

Происхождение отравлений. Отравления морфином не часты и относятся преимущественно к самоубийствам, особенно медицинского персонала, который имеет доступ к этому препарату. Убийства очень редки. Встречаются случайные медицинские отравления при ошибочном введении морфина вместо другого вещества или неправильной дозировке препарата.

Стрихнин --- главное действующее начало семян, коры и древесины дерева чилибухи (Азия, Африка), кристаллический порошок, применяемый в медицинской практике как тонизирующее

средство. Применяются также экстракт и настойка из этого растения, содержащие стрихнин. Охотники применяют стрихнин для отравления волков, лисиц. Смертельная доза стрихнина 0,05—0,1 г.

Клиническая картина отравления стрихнином очень характерна. Стрихнин действует на центральную нервную систему, главным образом на спинной мозг. Отравление характеризуется приступами сильных судорог при сохранении сознания. Смерть наступает в один из приступов, обычно в первые два часа.

Данные вскрытия ничего характерного не представляют, кроме явлений задушения; резко выражено трупное окоченение.

Алкоголь и его суррогаты. Когда говорят об алкоголе, то подразумевают под этим винный (этиловый) спирт. Различные спиртные напитки содержат алкоголя от 2—8% (пиво) до 70—80% (коньяки, ликеры, ром).

Алкогольные напитки широко употребляются в быту. Однако, как известно, неумеренное употребление алкоголя, вызывая опьянение, нередко сопровождается различного рода конфликтами. По этой причине судебно-медицинское определение опьянения, то есть острого алкогольного отравления, — одна из распространенных экспертиз при исследовании трупов и живых лиц. Острое алкогольное отравление нередко бывает связано со служебными проступками, преступлениями, несчастными случаями. Так, при автомобильных авариях всегда возникает вопрос о возможном опьянении водителя машины, его жертвы или пассажиров.

Алкогольное отравление может окончиться и смертельным исходом. Острое алкогольное отравление, называемое опьянением, достаточно известно в своих проявлениях.

Алкоголь — наркотический яд, действует на центральную нервную систему и в конечном итоге вызывает паралич важных жизненных функций. Вначале алкоголь вызывает возбуждение, сменяющееся угнетением деятельности центральной нервной системы и затем параличом. В периоде возбуждения появляются говорливость, шумная болтливость, развязность. Речь становится бессвязной, координация движений нарушается. В этом периоде появляются и признаки паралича задерживающих центров. Пьяный становится откровенным, то нежным, то грубым. Стремиться часто к насилию, драке, ругани. В этом периоде агрессивность может закончиться убийством при смутном сознании, так что пьяный впоследствии и не помнит о своих действиях.

Период возбуждения сменяется угнетением. Движения становятся вялыми, сонливость сменяется сном, переходящим

в глубокий сон, и, наконец, полный наркоз. Зрачки перестают реагировать, дыхание медленное, хриплое, температура тела грессирует, и наступает смерть. Крепкие алкогольные напитки могут вызвать смерть в очень короткое время. После кратковременного возбуждения быстро наступает потеря сознания. Дыхание становится медленным, хриплым, лицо краснеет, зрачки расширены. Происходит непроизвольное мочеиспускание, опорожнение кишечника, рвота. Развивается отек легких, и смерть может наступить уже через полчаса или в первые часы после принятия алкоголя.

Смертельной дозой чистого алкоголя для непьющего человека считается 100—150 г, то есть 250—350 г водки. Описаны случаи смерти от одной бутылки водки или от двух бутылок портвейна.

Известен случай, когда молодой мужчина, выпивший на пари залпом бутылку водки, умер через 40 минут после этого. Для детей до 10 лет смертельной дозой является уже 15—25 г чистого алкоголя. Хорошо, однако, известно, что большое значение имеет индивидуальная чувствительность к алкоголю, в частности привыкание к нему. Люди, принимающие алкоголь систематически, могут переносить значительно большие количества — 500—600 г и больше. Точно так же большие количества алкоголя, принятые не в один прием, а в течение некоторого времени и особенно на полный желудок, оказывают более слабое и медленное действие. При оценке алкогольного отравления необходимо принимать во внимание эти дополнительные обстоятельства.

Смерть при остром алкогольном отравлении может наступить от различных причин. Помимо смерти от непосредственного действия алкоголя, последний может вызвать паралич сердца у людей с больным, слабым сердцем. Рвота, возникающая в бессознательном состоянии, ведет нередко к попаданию рвотных масс в дыхательные пути и задушению. Наконец, смерть может наступить от некоторых осложнений, например воспаления легких. Наблюдается иногда смерть и на следующий день после отравления алкоголем или через день, большей частью от сердечной слабости.

При вскрытии умерших от отравления алкоголем находят резкое полнокровие внутренних органов, отек мозга и легких, резко выраженные трупные пятна, переполненный мочой мочевой пузырь. От вскрытых полостей тела и от органов — мозга, легких, мышц ощущается запах алкоголя или своеобразный запах сивушных масел. Следует, однако, отметить, что запах алкоголя обычно не ощущается при вскрытии переполненного пищевыми массами желудка, где он маскируется кислым

средильным запахом. При пустом желудке в среднем трупах запах алкоголя ощущается хорошо. Слизистая желудка раздражена, красноватого цвета, покрыта слизью. Кровь обычно жидкая, особенно при быстрой смерти. Всегда следует дополнить вскрытие судебнохимическим исследованием внутренних органов, а не ограничиваться установлением запаха алкоголя от органов и из полостей трупа. Обязательно следует требовать проведения количественного определения алкоголя.

При отравлении алкоголем нужно иметь в виду, что большинство спиртных напитков содержит вредные, ядовитые примеси, так называемые сивушные масла. Они имеются в недостаточно очищенной водке, виноградных винах, особенно в самогоне, спирте-сырце, и также оказывают свое ядовитое действие.

Определение степени алкогольного опьянения у живых лиц основывается на степени выраженности клинических явлений.

Наиболее трудным и ответственным является определение легкой степени опьянения, так как средние и тяжелые степени опьянения обычно не вызывают сомнений ввиду своей ясности. Нельзя, однако, руководствоваться наличием только запаха алкоголя изо рта, который может быть и от небольшого количества выпитого алкогольного напитка. В наиболее серьезных и ответственных случаях можно прибегать с согласия исследуемого к судебнохимическому исследованию желудочного содержимого.

Можно исследовать также мочу. При диагностике тяжелого отравления алкоголем существует опасность принять за пьяного больного тяжелым лихорадочным заболеванием или не распознать тяжелую травму головы или отравление окисью углерода, например выхлопными газами. Поэтому нужно поставить за правило в каждом таком случае проводить самое тщательное обследование испытуемых.

Суррогатами алкоголя неправильно называют различные по химическому составу жидкости, которыми пытаются иногда заменить алкогольные напитки. В войну 1914—1918 гг. было распространено употребление одеколona, то есть плохого спирта с примесью ароматических веществ и эфирных масел. Встречались отравления денатурированным спиртом. Последний представляет собою спирт, к которому, чтобы сделать его непригодным для питья, добавляются ядовитые, дурнопахнущие вещества и какой-нибудь краситель.

Во время войны появились случаи употребления в качестве заменителей алкоголя технических жидкостей, широко применяемых для различных целей в промышленности. Все эти жидкости обладают ядовитыми свойствами. Незнание ядовитых

свойств этих жидкостей приводило к одиночным, а иногда и групповым отравлениям.

Появлению отравлений способствует неправильное или небрежное хранение технических жидкостей, вследствие чего ставится возможным их расхищение, а также отступление от технических правил использования.

Отравления суррогатами алкоголя требуют всегда тщательного расследования, установления причин отравления и принятия предупредительных мер. Перед экспертизой ставится обычно вопрос о том, какой жидкостью вызвано отравление. Среди ядовитых технических жидкостей не все имеют одинаково актуальное значение. На первом месте стоит антифриз, второе место занимает метиловый спирт, несколько реже встречается дихлорэтан, еще реже — сухой спирт, бензол, дихлорамин.

Антифриз — жидкость желтого, зеленого, оранжевого цвета, замерзающая при низких температурах, представляет собой смесь этиленгликоля (55%) и воды (45%), применяется в радиаторах и блоках моторов для предупреждения замерзания. Этиленгликоль — ядовитое вещество имеет вид бесцветной прозрачной жидкости, сладковатого вкуса, несколько вязкой. Отравления антифризом наблюдаются только при приеме внутрь. Симптомы отравления появляются уже при приеме 50 г антифриза. Смертельная доза 150—200 г.

Симптомы отравления зависят от количества выпитого антифриза, хотя нужно иметь в виду, что не все одинаково чувствительны к этому яду. Первые симптомы могут появиться только через несколько часов. При легком отравлении дело ограничивается головной болью, головокружением, резкой слабостью при ясном сознании. Бывают тошнота, рвота, синюшность лица. Через несколько часов эти явления проходят. В тяжелых случаях поражается центральная нервная система, и смерть наступает в первые двое суток. Если отравившийся переживает первый период, то присоединяется поражение почек, прекращение выделения мочи, и смерть наступает в более поздние сроки, через 5—20 дней.

На вскрытии обнаруживаются различные изменения в зависимости от длительности отравления. В более поздние сроки характерным является поражение почек в виде обширных кровоизлияний и очагов омертвений почечной ткани.

Метиловый (древесный) спирт или метанол широко применяется в технических целях. Метиловый спирт входит в состав сухого спирта. Метиловый спирт представляет собою бесцветную прозрачную жидкость с запахом, напоминающим этиловый спирт. Нечистый метиловый спирт желтоватого цвета с запахом пригоревших веществ. Встречается еще раствор хромпика в метиловом спирте, имеющий оранжево-желтую окраску.

Метиловый спирт и его препараты очень ядовиты. Смертельная доза — 30 и 100 г спирта.

Первые признаки отравления появляются не сразу. Проходит некоторый скрытый период, который может продолжаться от 3 часов до 4 дней. В некоторых случаях сознание быстро теряется и в первые часы уже может наступить смерть. В затянувшихся случаях характерным симптомом является слепота. Вскрытие не обнаруживает каких-либо характерных изменений во внутренних органах.

Дихлорэтан (хлористый этилен) — бесцветная жидкость с запахом хлороформа, легко испаряется. Пары его вызывают рвоту и кашель. Дихлорэтан широко применяется как жирорастворитель.

В обиходе он получил название «антипятноля». При приеме внутрь вызывает отравление, большей частью смертельное. Смертельная доза — 30—50 г — обладает наркотическим действием. Быстро вызывает смерть. При вскрытии трупа ощущается характерный запах сушеных грибов.

Тетраэтилсвинец (сокращенно «ТЭС») — составная часть этиловой жидкости, добавляемой к бензину в качестве антидетонатора. Этиловая жидкость бесцветна, а при окраске — красного, оранжевого, синего, зеленого цветов. Так как «ТЭС» обладает яблочным запахом, то жидкость иногда принимается за ликер. «ТЭС» очень ядовит, всасывается через неповрежденную кожу; ядовиты и его пары. Работа с «ТЭС» и применение его строго регламентируются. В чистом виде «ТЭС» не выдается. Смертельная доза при приеме внутрь точно не установлена, но должна быть не велика, в пределах граммов. Известен, например, случай смерти от введения в полость зуба ватки, смоченной «ТЭС». Там, где применяется этиловая жидкость (авиация, автомобильные хозяйства), возможны случаи отравления ею при нарушении правил хранения и употребления этиловой жидкости или этилированного бензина.

При отравлении «ТЭС» или этиловой жидкостью наблюдаются головные боли, зрительные и слуховые галлюцинации, общая слабость, слюнотечение, потливость, нередко попытки к самоубийству, психозы. Смерть наступает в первые часы или в первые 4—5 дней. При вскрытии характерных изменений не обнаруживается.

Значительно реже в качестве заменителей алкоголя встречаются другие ядовитые жидкости: раствор дихлорамина в винном спирте, бензол, амиловые спирты, известные под названием «сивушного масла».

При отравлениях, особенно групповых, суррогатами алкоголя основной задачей судебно-медицинской и судебно-химической экспертиз является быстрое установление ядовитого вещества, вызвавшего отравление.

ГЛАВА XII

ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

§ 54. Общие данные. § 55. Происхождение отравлений. § 56. Пищевые отравления бактериального происхождения (токсикоинфекции). § 57. Пищевые отравления небактериального происхождения. § 58. Пищевые отравления невыясненного происхождения. § 59. Расследование пищевого отравления. § 60. Примерный план обследования вспышки пищевого отравления. § 61. Порядок расследования и учета пищевых отравлений государственной санитарной инспекции

§ 54. Общие данные

Пищевые продукты при несоблюдении санитарно-гигиенических правил могут явиться источниками инфекционных заболеваний. Одиночные и групповые заболевания инфекционного характера могут иметь источником зараженную микробами пищу. Заражение при некоторых инфекционных заболеваниях происходит преимущественно через пищевые продукты (дизентерия, брюшной тиф, паратиф и др.). Заражение другими инфекционными заболеваниями, например ангиной, дифтерией, лишь случайно может произойти через зараженную возбудителями этих заболеваний пищу, например молоко. В этих случаях у заболевших развивается определенное заболевание — брюшной тиф, ангина, дифтерия.

Однако существенное значение имеют особые заболевания, также связанные с употреблением пищевых продуктов и развивающиеся обычно в ближайшие часы и сутки после приема пищи. Такие заболевания, возникающие от многообразных причин, принято называть пищевыми отравлениями. Причины, вызывающие пищевые отравления, а также и расследование дел, связанных с пищевыми отравлениями, характеризуются рядом особенностей, требующих от юриста особого внимания и детального знания причин пищевых отравлений и возможных источников их возникновения.

Пищевые отравления могут наблюдаться у одного или нескольких лиц или же они захватывают большую группу лиц. В последнем случае говорят о групповой вспышке пищевых отравлений. Групповые вспышки пищевых отравлений наблюдаются среди лиц, питающихся из одного источника (в столовых, больницах и т. п.). Там, где из одного источника питаются большие группы людей, вспышки пищевых отравлений представляют большую опасность и требуют срочного расследования для выявления причин пищевого отравления. Следует иметь в виду, что вспышка пищевого отравления может быть следствием злого умысла, диверсии.

Победа социализма в нашей стране вместе с ростом благосостояния граждан СССР сопровождается быстрым увеличением производства и потребления продуктов, появлением многих предприятий новых отраслей пищевой промышленности и широким развитием сети общественного питания. Увеличение и расширение отраслей пищевой промышленности и сети общественного питания в СССР характеризуется неуклонным снижением вспышек пищевых отравлений.

Объясняется это исключительно преимуществами социалистического строя: организацией советского здравоохранения, контролем и наблюдением за предприятиями общественного питания, осуществляемыми Государственной санитарной инспекцией.

Производство продуктов питания регламентируется инструкциями и Положениями, определяющими санитарные нормы, кондиции продуктов и режим работы указанных предприятий. Эти мероприятия играют исключительную роль в предупреждении пищевых отравлений.

В социалистическом государстве не может иметь места выпуск фальсифицированных продуктов, что имеет широкое распространение в капиталистических странах, где основное значение имеют нажива и конкуренция.

При расследовании вспышек пищевых отравлений следователю необходимо привлекать не только судебно-медицинского эксперта, но и представителя Государственной санитарной инспекции, а иногда и судебного химика.

Успешное расследование вспышки пищевого отравления зависит прежде всего от правильного представления о причинах пищевых отравлений и особенностях расследования этих дел.

§ 55. Происхождение отравлений

Пищевые отравления не зависят от какой-либо одной определенной причины, а могут быть обусловлены многими факторами, различными по своей природе и происхождению. Успешное расследование вспышки пищевого отравления возможно только в том случае, если следователь детально знаком с причинами пищевых отравлений и может сам правильно руководить расследованием.

Во-первых, пищевые отравления вызываются продуктами, ядовитыми по своей природе, которые случайно или по незнанию попадают в пищу и вызывают отравление; во-вторых — ядовитые свойства продукта зависят от ядовитых химических или растительных примесей, умышленно или случайно примешанных к пище; в третьих — ядовитые вещества (токсины)

образуются и накапливаются в самих продуктах в результате жизнедеятельности микробов. Наконец, в четвертых, в ряде случаев причина пищевого отравления вообще остается неизвестной.

В настоящее время не существует общепринятой классификации пищевых отравлений. Тем не менее происхождение пищевых отравлений схематически может быть представлено в следующем виде:

I. Пищевые отравления бактериального происхождения (токсикоинфекции).

II. Пищевые отравления небактериального происхождения.

1. Отравления ядовитыми продуктами:

а) животного происхождения;

б) растительного происхождения.

2. Отравления ядовитыми примесями к пищевым продуктам:

а) растительными примесями;

б) химическими примесями.

III. Пищевые отравления невыясненного происхождения.

§ 56. Пищевые отравления бактериального происхождения (токсикоинфекции)

Отравления пищевыми продуктами известны очень давно, причем возникновение таких заболеваний приписывали различным причинам. В одних случаях причиной считали плохую посуду, из которой в пищу попадали ядовитые вещества. В других — особые яды (птомаины), образующиеся в испорченных продуктах при их гниении, разложении. Но этими моментами далеко не всегда можно было объяснить пищевые отравления. В конце прошлого столетия в связи с успехами науки о микробах — микробиологии стали накапливаться факты, которые свидетельствовали о том, что в развитии пищевых отравлений большую роль играют микробы. Дальнейшие исследования подтвердили эти наблюдения.

В настоящее время установлено, что основная масса пищевых отравлений вызывается микробами. Попадая на пищевые продукты (сырье, полуфабрикаты или готовые изделия), микробы быстро размножаются и образуют при этом ядовитые вещества — токсины.

Болезненные явления, развивающиеся при употреблении в пищу таких продуктов, зависят от двух моментов: проникновения вместе с пищей в организм человека, во-первых, микробов и, во-вторых, продуктов их жизнедеятельности — токсинов. Как считают в настоящее время, преимущественное значение в развитии пищевого отравления имеет проникновение в орга-

низм в больших количествах живых микробов. Поэтому в настоящее время для обозначения пищевых отравлений бактериального происхождения употребляют термин **пищевые токсикоинфекции**.

Далеко не все микробы могут вызывать пищевые отравления. Виновниками пищевых токсикоинфекций являются только некоторые из них. Одни из этих микробов встречаются при пищевых отравлениях очень часто, другие, наоборот, редко. Микробы, относящиеся к паратифозной группе (группа сальмонелл, палочка Гертнера, Бреслау и др.), встречаются особенно часто. Они даже получили название **мясоотравителей**. При пищевых отравлениях как возбудители реже встречаются кишечная и паракишечная палочка, палочка протей, стафилококки и гнилостные микробы.

При расследовании пищевых токсикоинфекций существенное значение имеет не только выяснение возбудителя данной вспышки, но главным образом выяснение путей проникновения микробов в продукты, так как заражение продуктов может быть **умышленным** — результатом диверсии, вредительства.

Пищевые токсикоинфекции могут возникать при употреблении в пищу самых разнообразных продуктов. Наиболее часто пищевые токсикоинфекции бывают связаны с мясом и различными мясными изделиями, особенно мясным фаршем. Затем зараженными могут быть молоко и молочные продукты, яйца, особенно утиные и гусиные, рыба и рыбопродукты, овощные и фруктовые блюда, консервы.

Попадание микробов в продукты еще не обуславливает порчи продукта и непригодности его к употреблению. Необходимо еще, чтобы пищевые продукты находились в таких условиях, которые бы благоприятствовали размножению микробов и накоплению в продуктах токсинов. Лишь после этого продукты становятся негодными к употреблению и способны вызывать отравление. Такими безусловно необходимыми для размножения микробов условиями являются прежде всего тепло и достаточная степень влажности. Самая благоприятная температура для размножения микробов 38—40°. Поэтому появление вспышек пищевых отравлений связано преимущественно с теплым временем года. Но не исключается, конечно, возможность пищевых токсикоинфекций и зимой.

Пути проникновения микробов в пищевые продукты. Микробы могут проникать в пищевые продукты многими путями, которые необходимо учитывать и проверять ведущему расследование. Не для всех продуктов и микробов эти пути одинаковы. Однако можно указать основные общие моменты, которые нужно иметь всегда в виду при изучении

вспышки токсикоинфекций. Такими путями могут быть: 1) прижизненное заражение животных и естественное инфицирование овощей и злаков в условиях произрастания; 2) по-смертное заражение мяса животных в процессе забоя, мяса рыб в процессе улова и засола; 3) инфицирование пищевых продуктов людьми; 4) инфицирование пищевых продуктов насекомыми и грызунами; 5) инфицирование пищевых продуктов при транспортировании; 6) инфицирование пищевых продуктов при хранении; 7) инфицирование пищевых продуктов пылевым путем; 8) умышленное занесение на пищевые продукты опасных микробов (Аксенов).

Возбудители пищевых токсикоинфекций (в частности, микробы паратифозно-кишечной группы) могут находиться в кишечнике совершенно здорового животного. Мясо и кровь такого животного не содержат микробов. При правильном убое и разделке туши мясо такого животного может употребляться в пищу без всякого вреда. Но если такое животное подвергают преждевременному убою, например, утомленным после длительной перевозки по железной дороге, то мясо его может оказаться зараженным, так как микробы при утомлении животного проникают в кровь и мышцы. После убоя микробы, размножаясь в мясе, делают его непригодным к употреблению. Такое мясо при употреблении в пищу вызывает отравление.

Прижизненное заражение наблюдается также у животных, больных различными заболеваниями. Таких животных подвергают так называемому вынужденному убою, и мясо их во многих случаях является причиной отравления. Заболевания животных (эпизоотии) могут также явиться результатом диверсии.

Овощи и злаки могут оказаться зараженными в месте их произрастания. Микробы переносятся на овощи и злаки из почвы, куда они в свою очередь попадают с удобрениями (навозом).

Мясо животных может заражаться посмертно (постмортально) в процессе разделки туши. При неумелой или небрежной разделке туши на мясо попадают с кишечным содержимым микробы, в дальнейшем размножающиеся на мясе, или же заражение происходит при совместном убое здоровых и больных животных и т. д.

Неправильная разделка рыбы или повреждение рыбы снастью во время улова также может явиться источником заражения микробами, особенно палочкой колбасного яда (см. Ботулизм). Источником заражения пищевых продуктов микробами нередко являются работники пищевых предприятий или люди, так или иначе соприкасающиеся с продуктами. Дело в том, что в кишечнике у здоровых людей могут находиться микробы, вызывающие пищевые отравления. Такие люди сами не болеют, но, выделяя опасных микробов, могут переносить

их на продукты, с которыми они соприкасаются. Такие люди называются бациллоносителями. Бациллоносителями могут быть и те, кто недавно перенес желудочно-кишечное заболевание, выздоровел, но в течение некоторого времени продолжает еще выделять болезнетворных микробов. Лица, страдающие ангиной или гнойничковыми поражениями кожи, могут заражать пищевые продукты стафилококками.

Кроме того, работники пищевых предприятий при недостаточных санитарном надзоре или культурных навыках могут переносить микробы на обуви, одежде или на руках.

Значение мух в заражении пищевых продуктов также чрезвычайно велико, особенно, если вблизи пищевого предприятия имеются уборные, выгребные ямы, помойки, кучи навоза и т. п., откуда мухи могут перелетать на кухню или склады продуктов.

Мыши и крысы нередко являются бациллоносителями. В кишечнике и в выделениях этих грызунов иногда обнаруживают микробы паратифозной группы. Поэтому, если помещения, где хранятся или обрабатываются продукты, недостаточно охраняются от грызунов, последние могут явиться источником заражения продуктов.

Перевозка различного рода продуктов должна соответствовать специальным санитарным требованиям. Загрязнение продуктов микробами возможно при перевозке неприспособленным, случайным транспортом, неинструктированными лицами. Например, отсутствие регулярной очистки кузова специальной автомашины, повозки или бочки ведет к тому, что в щели, пазы набиваются грязь, сало, обрывки мяса и т. д. Эта масса является благоприятной почвой для размножения микробов, которые могут быть занесены на обуви грузчиков, возчиков и т. д. Обсеменение продуктов микробами происходит и при неправильном хранении продуктов: негодных вместе с доброкачественными. Например, на бойне внутренности больного животного хранились рядом с тушей здорового. При расследовании одной вспышки пищевого отравления было обнаружено, что квашеная капуста хранилась в хороших бочках, но бочки были покрыты досками, не очищенными от навоза (Редков). Микробы могут быть занесены через воздух вместе с пылью, особенно при сильном запылении пищевого блока или возможности заноса пыли извне. В пыли, особенно из мест, ранее увлажненных, микробы могут сохраняться жизнеспособными не только дни, но и недели.

Что же касается умышленного заражения продуктов микробами, то о нем уже упоминалось. В военное время опасность подобной диверсии особенно велика. Применение империалистами бактериологических методов войны установлено на Хабаровском процессе японских военных преступников.

Условия, благоприятствующие развитию пищевых токсикоинфекций. Уже было сказано о том, что попадание микробов на пищевые продукты еще не определяет развития вспышки пищевого отравления. Последнее зависит от тех условий, в которых находятся пищевые продукты после обсеменения их микробами. Иногда вспышки пищевых токсикоинфекций имеют очень запутанный характер и выявление причины вспышки требует длительного, кропотливого исследования, в частности особенное внимание должно быть обращено на способы обработки продуктов. Следует помнить о том, что обсеменение продуктов может произойти на любом этапе производства. Размножение микробов в сырых продуктах, готовых изделиях зависит, во-первых, от температуры окружающей среды и, во-вторых, от длительности хранения. Между заражением продукта микробами и приобретением им ядовитых свойств проходит некоторое время, в течение которого размножаются микробы и накапливаются токсины. Поэтому, если, например, при разделке туши мясо и было загрязнено, но затем хранилось на холоде, соответствующим образом было обработано и своевременно пошло в употребление, то условий для развития токсикоинфекций нет. Там же, где зараженное, например, паратифозной палочкой мясо или приготовленные из него блюда длительное время хранились в теплом месте и обработка продукта не отвечала санитарным требованиям, создаются условия, при которых иногда очень быстро размножаются микробы и накапливаются токсины. Такие продукты при употреблении их вызывают заболевания, иногда очень тяжелые. Способ изготовления продукта имеет значение в том отношении, что один и тот же продукт, но приготовленный различными способами, в одних случаях дает вспышку интоксикации, в других — не дает.

Особенно большую роль в пищевых токсикоинфекциях играет мясной и рыбный фарш, в то время как те же продукты, но обработанные в виде отдельных кусков, могут быть совершенно безвредными. В некоторых случаях это обстоятельство может ввести следователя в заблуждение и направить его на ложный путь, заставив принять за источник отравления совершенно другой продукт.

Недостаточная термическая обработка продуктов (варка, жарение, тушение) также может явиться условием, благоприятствующим размножению микробов. При недостаточной термической обработке убиваются не все микробы, часть из них остается живой. После прекращения обработки продукта микробы вновь начинают размножаться, и если между обработкой продукта и выдачей его потребителю проходит значительный период времени, то токсины накапливаются вновь, и такой продукт,

несмотря на достаточную, казалось бы, термическую обработку, вызывает отравление. Особенно это наблюдается в тех случаях, когда мясо, например, варится или жарится большими кусками, весом в 1—2 кг. Здесь нужно иметь в виду еще и то обстоятельство, что некоторые микробы, особенно паратифозной группы, вырабатывают токсины, выдерживающие длительную термическую обработку (так называемые термоустойчивые, или термостабильные, токсины).

Помимо указанных основных условий, благоприятствующих развитию пищевых токсикоинфекций, имеется и ряд других, менее существенных, которые приходится учитывать в каждом конкретном случае, иногда в зависимости и от продукта, вызвавшего отравление.

Указания на характер возбудителя токсикоинфекции иногда могут быть получены при изучении картины заболевания (клинической картины).

Клиническая картина при различных токсикоинфекциях неодинакова; в то же время при одном и том же источнике заболевания клиническая картина бывает неодинаковой как в смысле степени тяжести, так и характера симптомов. Прежде всего следователя не должно смущать то, что среди употреблявших один и тот же продукт, признанный за источник заболевания, окажутся совершенно здоровые, незаболевшие люди. В этом ничего необычного нет.

При пищевых токсикоинфекциях заболевают не все употреблявшие зараженный продукт, а только известная часть, иногда значительная, а иногда и очень ограниченная. Объясняется это, с одной стороны, тем, что микробы, а следовательно, и токсины распределяются в пищевых продуктах, за исключением жидких (супов, компотов, молока и т. п.), не равномерно, а отдельными гнездами (колониями). Следовательно, в пищу могут попадать участки, не содержащие микробов и токсинов. С другой стороны, различные люди обладают различной сопротивляемостью и невосприимчивостью к микробам и токсинам.

Для пищевых токсикоинфекций характерно то, что заболевание начинается не сразу после употребления зараженной пищи, а через некоторый промежуток времени, колеблющийся в отдельных случаях от нескольких часов до нескольких дней.

Пищевые отравления, вызванные микробами паратифозно-кишечной группы (сальмонеллезы.) Эта группа микробов является наиболее важной, так как во много раз чаще, чем другие, вызывает пищевые отравления. Представителями этой группы микробов являются палочки Гертнера, Бреслау, суипестифер и многие другие. Некоторые из них вырабатывают термоустойчивые токсины, выдерживающие более или менее продолжительное кипячение. У жи-

вотных микробы паратифозно-кишечной группы вызывают различные заболевания (преимущественно кишечные расстройства) или же обязательно сопутствуют другим заболеваниям, например, чуме свиней, которая вызывается особым возбудителем, обязательно сопутствует палочка сунгестифер. Встречаются микробы этой группы и в кишечнике здоровых животных (бактерионосительство). Больные животные подвергаются так называемому вынужденному убою. Мясо их иногда может быть разрешено к употреблению и при несоблюдении санитарных правил вызывает пищевые отравления. До 70% пищевых отравлений имеют причиной употребление мяса вынужденно убитых животных. Кроме мяса крупных животных, микробы этой группы обнаружены при отравлении колбасой, паштетом, консервами, молоком, мороженым, брынзой, утиными яйцами, картофелем, салатами, винегретом и т. д.

Клиническая картина отравления. В большинстве случаев первые симптомы отравления появляются через несколько часов (8—10), реже через несколько дней. Обычно заболевание протекает в виде острого воспаления желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерита). Заболевание начинается с озноба, головной боли, тошноты. Затем внезапно начинаются рвота и сильный понос. Испражнения чрезвычайно зловонные. Через 2—3 дня эти явления стихают. Выздоровление быстрое. Тяжесть заболевания не всегда одинакова. Наряду с легкими случаями, где все явления ограничиваются тошнотой и общим недомоганием, встречаются тяжелые случаи, заканчивающиеся смертью. Смертность невелика, в пределах 1%.

Пищевые отравления, вызванные кишечной палочкой и родственными ей микробами. В эту группу входят кишечная, паракишечная палочка, палочка Морган и другие микробы. Кишечная палочка постоянно находится в кишечнике человека. Присутствие ее в воде, почве, на овощах, фруктах и т. п. объясняется только загрязнением кишечным содержимым человека. Обнаружение кишечной палочки на пищевых продуктах или каких-нибудь предметах указывает на более или менее недавнее загрязнение их кишечным содержимым человека и на плохое санитарное состояние пищевого предприятия. Присутствие же этой палочки на руках работника пищевого блока свидетельствует о его некультурности, о том, что он не моет рук и может, следовательно, заражать продукты, а через них и потребителя кишечной палочкой и другими микробами кишечника. Отравления кишечной палочкой наблюдаются при употреблении различных продуктов.

Отравление протекает в виде острого желудочно-кишечного заболевания (гастроэнтерита). Смертельные случаи крайне редки.

Пищевые отравления, вызванные палочкой протей. Палочка протей (относящаяся к гнилостным микробам) широко распространена в природе. Попадая на пищевые продукты, она вызывает их разложение и быструю порчу. Продукты, зараженные протеем, приобретают гнилостный неприятный запах; цвет и консистенция их также изменяются. В частности, прокисание продуктов (картофельного пюре, макарон, каш и др.) также обязано размножению в них протей. Такие продукты в силу изменения своих свойств и качеств обычно не вызывают отравлений, так как не употребляются в пищу. Отравление же бывает в случаях, когда палочка протей при благоприятных условиях (температуре и влажности) размножается очень быстро, вследствие чего в очень короткий срок может накопиться большое количество токсина. Продукты при этом внешне не изменяют своих качеств, почему и могут вызывать отравления. Известны отравления, вызванные картофельным пюре, колбасами, особенно ливерной, соленой рыбой, студнем, вареной и жареной рыбой и другими продуктами, зараженными палочкой протей.

Клиническая картина. Через некоторое время (от 30 минут до нескольких часов) после употребления в пищу продуктов, зараженных палочкой протей, появляется понос, продолжающийся 1—3 дня. Заболевание сопровождается головной болью, болями в животе, тошнотой и рвотой. Температура, как обычно при пищевых токсикоинфекциях, остается нормальной, повышаясь иногда незначительно и редко до 38°.

Пищевые отравления, вызванные гнилостными микробами. Другие гнилостные микробы (кроме протей) редко вызывают пищевые отравления. Попадая в продукты, гнилостные микроорганизмы вызывают процесс гниения, изменяя внешний вид и качество пищи, вследствие чего она становится непригодной к употреблению.

При гниении в пищевых продуктах образуются ядовитые вещества, так называемые птомаины, которым в прежнее время, до установления бактериальной природы пищевых отравлений, и придавали главное значение в возникновении пищевых отравлений. В настоящее время отравления птомаинами встречаются крайне редко. Некоторые исследователи вообще отрицают такую возможность. Клиническая картина этих отравлений характеризуется симптомами раздражения желудочно-кишечного тракта (заболевание протекает в виде гастроэнтерита).

Пищевые отравления, вызванные прочими микробами. В этой группе главное значение имеют заболевания, вызванные различными видами стафилококка, тогда как отравления, вызванные другими микробами, в частности дизен-

терийными палочками, встречаются редко. Стафилококками называются микробы, имеющие вид шариков и располагающиеся кучками или гроздьями. У человека и животных стафилококки вызывают различные гнойные воспаления, например гнойничковые поражения кожи (дерматиты), ангины; у коров — воспаление вымени.

Попадая в продукты, стафилококки при благоприятных условиях могут размножаться и образовывать токсины. Отравления чаще всего были связаны с употреблением в пищу молока и молочных продуктов, особенно кондитерских изделий — пирожных с кремом, мороженого, реже — мясных продуктов. Заболевание протекает по типу гастроэнтерита.

Пищевые отравления, вызванные палочкой колбасного яда (ботулизм). Палочка колбасного яда, бацилла ботулинус, вызывает самые тяжелые пищевые отравления, дающие в отдельных вспышках до 70% и больше смертности. Вот почему отравления этой палочкой и принято рассматривать особо. Дело в том, что если при других токсикоинфекциях заболевание зависит от воздействия на человеческий организм токсинов и микробов, то при отравлении ядом колбасной палочки все явления вызываются только токсином. Сама палочка в организме человека не размножается и при случайном попадании в кишечник болезненных расстройств не вызывает.

Палочка колбасного яда широко распространена в природе. Ее находили в почве, на листьях растений, в морской воде и морском иле, в слизи, покрывающей рыб, и в их кишечнике.

В различных странах ботулизм встречается при употреблении различных продуктов. В Германии до войны 1914—1918 гг. ботулизм был связан преимущественно с мясными продуктами (колбасами, копченостями); в США — с овощами, реже фруктовыми консервами домашнего и фабричного изготовления; у нас — преимущественно с высокими сортами красной рыбы — осетриной, белугой, севрюгой, и главным образом копченой или соленой (балыки).

Заражение происходит при разделке рыбы или повреждении ее снастью при лове, поэтому рыба с повреждениями и запрещена для изготовления копченостей. Известны случаи отравления и растительными консервами. Так известен случай отравления кабачковой икрой, поступившей в продажу в больших бутылках. Микроб размножается в продукте отдельными колониями. Поэтому, например, при употреблении в пищу одной и той же рыбы несколькими людьми могут заболеть только некоторые. Термическая обработка продукта (варка) разрушает токсин колбасной палочки, и даже зараженный продукт при этом не вызывает отравления.

Палочка колбасного яда размножается только при определенных условиях — без доступа атмосферного кислорода. Особенно благоприятные условия для этого имеются в баночных консервах. Раздутые консервные банки ни в коем случае не должны употребляться в пищу. Внешне зараженный колбасной палочкой продукт обычно не изменен, за исключением разве наличия иногда запаха прогорклого масла. Токсин колбасной палочки — один из самых сильных ядов: десяти- и стограммовые доли грамма его убивают морскую свинку.

Клиническая картина ботулизма чрезвычайно характерна и резко отличается от клинической картины при других токсикоинфекциях, что весьма важно в диагностическом отношении. Первые признаки отравления могут появляться в первые сутки от 2 до 18—24 часов, но могут появляться и значительно позднее. Известны случаи заболевания даже на 9—10 день после употребления в пищу зараженного продукта. Тошнота, рвота и понос бывают редко, чаще — запоры, вздутый живот. Главные же признаки ботулизма — опущение верхних век (птоз), расширение зрачков, двоение в глазах, ослабление зрения, слабый голос, затруднение глотания, сухость во рту, резкая мышечная слабость. В тяжелых случаях смерть наступает на 2—4 день, реже через несколько часов. Выздоровление медленное. В случаях средней тяжести заболевание проходит через 7—8 дней, затягиваясь иногда на месяц и больше.

§ 57. Пищевые отравления небактериального происхождения

Пищевые отравления небактериального происхождения имеют гораздо меньший удельный вес и значение в общей массе пищевых отравлений, чем токсикоинфекции, и, как правило, не наблюдаются в виде массовых вспышек. Распознавать пищевые отравления небактериального происхождения также важно в смысле выяснения источников отравления и путей проникновения ядовитых веществ в продукты. И здесь может быть не только небрежность или халатность, но и злой умысел. Болезненные явления могут быть вызваны не только ядовитыми продуктами, но и теми, которые не имеют ядовитых свойств, но непригодны для употребления в пищу.

Отравления ядовитыми продуктами. Среди ядовитых продуктов, вызывающих пищевые отравления, встречаются, во-первых, продукты, ядовитые по своей природе, употребляемые в пищу случайно, по незнанию, во-вторых, продукты, употребляемые обычно в пищу, но в силу тех или иных причин ставшие ядовитыми.

Отравления ядовитыми продуктами животного происхождения. Сюда относятся отравления ядовитыми рыбами. Отравле-

ние ядовитыми рыбами имеет сравнительно небольшое практическое значение, тем более, что некоторые виды ядовитых рыб встречаются лишь в определенных местностях СССР и отравления ими широкого значения не имеют.

Маринка — рыба пресноводных бассейнов Средней Азии. У этой рыбы ядовитыми считаются икра и черная пленка — брюшина. Мясо рыбы съедобно, если рыба быстро очищена от икры и брюшины.

Клиническая картина — тяжелое воспаление желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит), иногда заканчивающееся смертью.

Иглобрюх (фугу, тетрадон) — водится на Дальнем Востоке в водах Тихого океана. Ядовита преимущественно икра. Ядовитое начало действует на центральную нервную систему, вызывая паралич двигательных нервов и паралич дыхательного и сосудодвигательного центров. Дает большую смертность.

Минога — имеет ядовитую слизь, покрывающую кожу. Выделяется она из кожных желез. Слизь удаляется обмыванием при засолке и обработке рыбы. При употреблении необработанных миног развивается кровавый понос.

Усач — ядовит в период икрометания. Ядовита икра, которая вызывает острый гастроэнтерит холероподобного типа.

Ядовитыми могут оказаться иногда рыбы, обычно не ядовитые и употребляемые в пищу. Так, в 1934 году на Юксовском озере появились новые, неизвестные до того времени заболевания, получившие название «юксовской болезни».

У заболевших внезапно появлялись судороги, вследствие которых люди падали. Сознание сохранялось. Моча принимала коричнево-бурую окраску. Приступов судорог было до 7 в течение 1—4 суток. Смертность до 2%. Выяснилось, что причиной этой болезни было употребление в пищу хищных рыб — 5—6 месячной молоди окуня, щуки, судака, налима (Ласкин). Ядовитой была и высушенная рыба. Выяснением причин этого заболевания занимались специальные экспедиции. Данный пример показывает, какими разнообразными могут быть причины пищевых отравлений.

Отравление ядовитыми продуктами растительного происхождения. Сюда относятся отравления растениями, ядовитыми по своей природе, и отравления растительными продуктами, приобретающими ядовитые качества при известных условиях. Наибольшее практическое значение имеют отравления ядовитыми грибами.

Отравление ядовитыми грибами (мицетизм). В настоящее время известно несколько видов грибов, обладающих ядовитыми свойствами. Отравления грибами объясняются прежде всего незнанием несъедобных сортов грибов или

случайным попаданием их в пищу. Среди ядовитых грибов наиболее известны мухомор, строчка, бледная поганка и ряд других. Болезненные явления при отравлениях различными видами грибов неодинаковы, но как постоянное явление отмечается желудочно-кишечное расстройство. Различают пять типов отравления грибами.

1) Желудочно-кишечная форма, редко заканчивающаяся смертью, наблюдается при отравлении сатанинским грибом и др. Симптомы отравления: сильная рвота и понос.

2) Холероподобная форма, при которой наблюдается около 50% смертности. Сильная рвота и понос сопровождаются резким упадком сил, падением веса, воспалением почек, бредовыми явлениями и спячкой. Эта форма наблюдается при отравлении бледной поганкой.

3) Нервная форма. Резкие желудочно-кишечные явления сменяются бредом, галлюцинациями, судорогами, спячкой. В ранней стадии наблюдаются слюнотечение и обильный пот. При этой форме отравления, вызываемой мухоморами и некоторыми другими видами грибов, бывают и смертельные случаи. Выздоровление быстрое.

4) Гемолитическая форма характеризуется разрушением красных кровяных шариков (гемолизом). При этой форме желудочно-кишечные явления сопровождаются быстрым появлением желтухи вследствие распада красных кровяных шариков, малокровием и появлением кровяного пигмента в моче (гемоглобинурией). Такой тип тяжелого отравления вызывают строчки.

5) Мозговая форма в виде скоропроходящих галлюцинаций, расширение зрачков наблюдается редко.

Отравление строчками встречается наиболее часто. Строчки очень часто смешивают со съедобными сморчками, с которыми строчки имеют некоторое сходство. Через 4—5 часов появляются рвота и понос. К этим явлениям быстро присоединяется желтуха, затем появляются кровь в моче и явления со стороны центральной нервной системы. Смертность до 30—35%.

Отравление мухоморами развивается быстро, иногда в первый час или же в первые 4—5 часов. Сильная рвота, понос, возбуждение, галлюцинации, сужение зрачков и замедление пульса. Смертность около 2%, выздоровление быстрое — 1—2 дня.

Отравление бледной поганкой — самое тяжелое из всех видов отравлений грибами. Первые симптомы появляются через 6—8 часов. Сильные боли в животе сопровождаются рвотой и сильным, частым поносом. Выделения кишечника напоминают рисовый отвар. Смерть наступает в первые дни. В более

легких случаях выздоровление наступает на 6—8-й день. Смертность достигает 70%.

Отравление сатанинским грибом протекает сравнительно легко и дает незначительную смертность (около 1%). Симптомы отравления в виде болей в животе, рвоты, поноса появляются через 2—4 часа. Выздоровление обычно выступает в первые два дня.

Симптомы отравления нередко появляются не у всех употреблявших одни и те же грибы. Это объясняется как индивидуальной восприимчивостью, так и тем, что оставшиеся здоровыми либо совсем не получили в своей порции ядовитых грибов, либо съели незначительное количество их.

Цикута, или вех ядовитый (*Cicuta virosa*), — очень ядовитое растение, обычно растущее в низменных, болотистых местах, по берегам медленно текущих рек, озер, прудов, в канавах. Цикута — одно из самых ядовитых растений. Отравление обычно возникает при употреблении корневища растения, которое принимают за сельдерей, тем более, что корневище имеет сладкий вкус. Ядовиты и все остальные части растения. Ядовитое начало — цикутотоксин. При отравлении наблюдаются судороги, потеря сознания, паралич дыхания. Отравления цикутой наблюдаются обычно в мае — июне. Среди пострадавших преимущественно встречаются дети, подростки. Отравление взрослых отмечено среди работников торфоразработок (Орлов).

Отравление семенами абрикосов. Последние подробно изучены и описаны Сингур, наблюдавшей свыше ста случаев таких отравлений, из них 48 — со смертельным исходом.

Отравления наблюдались от употребления в пищу семян дикорастущих и культивированных абрикосов. Отравление вызывается зрелыми и не зрелыми семенами, сырыми, поджаренными, вареными, измельченными, жмыхами семян и семенами, хранившимися длительное время. У взрослых смерть наступала от употребления в пищу не менее полустакана очищенных семян (250—300 штук). У ребенка смертельный исход может быть вызван принятием в пищу 60—100 штук семян.

Отравление характеризуется недомоганием, слабостью, головной болью и головокружением. Иногда отмечается чувство страха, беспокойства. К этому присоединяются боли в области желудка и кишечника, тошнота, рвота. В тяжелых случаях наступает потеря сознания, судороги, одышка, частый пульс и другие симптомы. Продолжительность клинического течения отравления 4—6 часов. Встречаются отравления и другими ядовитыми растениями, но сравнительно редко, и они имеют незначительный практический интерес.

Значительно большее практическое значение имеют отравления растительными продуктами, обычно широко употребляемыми

в пищу, которые в известных условиях становятся ядовитыми. Опасность отравления такими продуктами особенно велика. Среди них следует отметить отравление картофелем и отравление перезимовавшими в поле злаками.

Отравление картофелем. Ядовитым началом является особое вещество — солянин. Обычно солянин содержится в картофельной ботве. В клубнях зрелого и здорового картофеля солянин содержится в ничтожных количествах и главным образом в периферических частях клубней, которые обычно счищаются. В очень молодом картофеле и особенно в сильно проросших и поврежденных клубнях количество солянина увеличивается во много раз, и употребление такого картофеля может вызвать отравление.

Клиническая картина выражена в виде гастроэнтерита, которому сопутствуют боли в животе, головные боли и тяжелые расстройства со стороны нервной системы в виде галлюцинаций, сонливости и даже параличей. Правда, иногда роль солянина берется под сомнение, и такие отравления рассматривают как токсикоинфекцию.

Отравление перезимовавшими в поле злаками. Наблюдались отдельные случаи особого заболевания преимущественно среди сельского населения. Такое заболевание известно теперь под названием «алиментарно-токсическая алейкия». Отмечено, что заболевания появлялись в определенное время года — апрель — июнь. Было установлено также, что причиной этого заболевания являются перезимовавшие в поле, на корню, злаки (просо, гречиха, рис, пшеница, рожь, овес и др.). Употребление в пищу каких-либо изделий из перезимовавших в поле злаков вызывало тяжелое заболевание в виде поражения зева, костного мозга, изменения крови. В настоящее время разрешается использовать перезимовавшие в поле злаки только для технических целей.

Отравления ядовитыми примесями к пищевым продуктам. Ядовитые примеси к пищевым продуктам могут быть растительного происхождения и химической природы. Происхождение растительных примесей преимущественно случайное, тогда как химические вещества могут быть занесены и умышленно, с определенной целью вызвать массовые отравления.

Отравления ядовитыми примесями растительного происхождения. Ядовитые примеси растительного происхождения встречаются преимущественно в растительных продуктах — зерне, крупе, а следовательно, и в тех изделиях, которые готовятся из этих продуктов (муке и мучных изделиях в виде хлеба, лепешек, сухарей, галет, макарон и т. д.).

Растительные примеси являются по существу засорением основных продуктов. Сортировка, протрава семян зерновых куль-

тур, борьба с сорняками, являющиеся обязательными мероприятиями в колхозах и совхозах, свели к минимуму засорения семян вредными примесями и тем самым исключили возможность отравлений; поэтому такие отравления встречаются крайне редко.

Токсикологическое значение имеют спорынья, опьяняющий плевел, куколь и некоторые другие.

Спорынья вызывает очень тяжелые отравления, известные под именем «злой корчи» или «антонова огня». Спорынья представляет собой грибок, паразитирующий на ржи, пшенице, овсе. Спорынья имеет вид темно-фиолетовых зерен, вырастающих в колосе на месте зерен того или иного злака. Действующим началом является особое вещество — эрготин (откуда и название отравления — эрготизм), употребляющийся в медицинской практике. При употреблении в пищу муки или иных изделий из зерна, зараженного этим грибком, наступает тяжелое отравление.

Клиническая картина при отравлении спорыньей весьма разнообразна, но может быть сведена к двум формам: судорожной и гангренозной. Вначале при обеих формах появляются ощущение ползания мурашек по коже, потливость, головные боли, боли в животе, тошнота.

Судорожная форма представляет собой острое отравление, характеризуется чувством онемения в пальцах рук и ног, а затем и во всем теле, рвотой, поносом и, наконец, судорогами. В случаях выздоровления остаются последствия в виде слабоумия, эпилепсии, помутнения хрусталика.

Гангренозная форма, помимо указанных явлений, сопровождается еще омертвением (гангреней) пальцев рук и ног, ушных раковин и кончика носа. Эти явления сопровождаются сильными мучительными болями в пораженных конечностях. Продолжительность заболевания от нескольких дней до нескольких месяцев.

Отравления опьяняющим плевелом дают картину возбуждения, напоминающую опьянение, головокружение. Смертельных случаев не наблюдается.

Отравления ядовитыми примесями химического происхождения. Помимо умышленного введения ядовитых химических веществ в пищевые продукты, в практике известны многочисленные примеры отравлений химическими веществами, попадающими в пищу по небрежности, случайно или же по незнанию. В пищу могут попасть по этим причинам очень многие вещества, но практически значение имеют лишь некоторые, отравление которыми встречается наиболее часто в силу целого ряда условий, например, хранение в неподходящей таре (медь ряда условий, например, хранение в неподходящей таре (медь из медной посуды, цинк из цинковой и т. п.). Поэтому здесь и

будут рассмотрены наиболее часто встречающиеся химические примеси: мышьяк, цинк, медь, свинец.

Отравление мышьяком. Препараты мышьяка широко применяются в настоящее время в сельском хозяйстве для борьбы с вредителями — грибами и насекомыми, грызунами. Мышьяковистыми препаратами протравливают зерно, опрыскивают виноград, водоемы, уничтожают грызунов особыми приманками и т. д. Мышьяк поэтому может очень тесно соприкасаться с пищевым сырьем и при небрежности, недосмотре или умышленно попадать в пищевые продукты, вызывая массовые отравления.

Например, известны массовые отравления мучными изделиями в результате употребления муки, сделанной из протравленного мышьяком зерна, овощами и фруктами, опрысканными теми же препаратами.

В ряде случаев отравление было вызвано попаданием, например, в крупу приманок с мышьяком для крыс. Отравления газированной водой возникли от применения для получения газа технической серной кислоты, содержащей мышьяк. Описаны отравления вином из винограда, опрысканного препаратами мышьяка; пивом, сделанным на патоке, загрязненной мышьяком; леденцами, обсыпанными тальком, содержащим мышьяк, и т. д. Картина течения отравления мышьяком описана ранее.

Отравление цинком. Цинк попадает в пищу в большинстве случаев из оцинкованной посуды или с оцинкованных столов, прилавков и т. п. Особенно быстро цинк переходит в пищу, если она имеет кислую реакцию. Поэтому фруктовые соки, компоты, кисели нельзя хранить в оцинкованной посуде. Несоблюдение санитарных правил может привести к массовому отравлению. Так, описано отравление винегретом 300 человек. Винегрет хранился на оцинкованном столе несколько часов, и за это время в винегрет перешел цинк из стола.

Клиническая картина характеризуется ощущением металлического привкуса во рту, тошнотой и рвотой. Смертельных случаев обычно не бывает.

Отравление медью встречается при хранении или приготовлении пищи, особенно жирной и кислой, в плохо луженой медной посуде. При этом образуются легко растворимые соединения меди, вызывающие отравление. Соединения меди (медный купорос и др.) применяются для борьбы с вредителями растений и, как соединения мышьяка, тоже могут вызвать отравления. Отравления солями меди протекают легко и характеризуются ощущением неприятного металлического вкуса меди во рту и рвотой. Рвотные массы окрашены в зеленовато-синеватый цвет.

Отравления свинцом, связанные с пищевыми продуктами и протекающие остро, встречаются редко. Они встречаются при хранении и изготовлении пищи в посуде, содержащей большие количества свинца (свыше 1%). Свинец может переходить в пищу и при хранении ее в глиняной посуде, покрытой глазурью, содержащей большое количество свинца. В этих случаях играет роль кислая реакция продукта (кисели, компоты и т. п.).

Острые отравления свинцом начинаются с появления рвоты массами, содержащими белые пленки. Вскоре появляются коликообразные боли в животе, иногда кровавистый понос. Более тяжелые явления при пищевых отравлениях свинцом обычно не наблюдаются.

§ 58. Пищевые отравления невыясненного происхождения

В ряде случаев тщательное обследование пищевого отравления не дает возможности выяснить причину отравления. Это относится преимущественно не к групповым отравлениям, а к единичным случаям, заканчивающимся как выздоровлением, так и смертельным исходом. Обычно такие отравления остаются невыясненными в силу неполного, недостаточного или неумелого обследования их. Иногда же самое полное и всестороннее обследование остается безрезультатным. Возможно, что могут иметь место и такие пищевые отравления, происхождение которых в настоящее время остается еще неизвестным, как это было, например, до недавнего времени с «юксовской болезнью» или «алиментарно-токсической алейкией».

Ложные пищевые отравления. Ложными пищевыми отравлениями называют заболевания, не имеющие ничего общего с пищевыми отравлениями, а принимаемые за последние ошибочно. Это относится главным образом к заболеваниям, имеющим внешнее сходство с пищевыми отравлениями, сопровождающимися желудочно-кишечными расстройствами. Дело в том, что не только больные, но и врачи склонны связывать такие заболевания с последним приемом пищи и ставить диагноз пищевого отравления главным образом на основании слов больных. Сюда относятся прежде всего заболевания желудочно-кишечного тракта неинфекционного и инфекционного характера, вплоть до дизентерии, заболевания органов брюшной полости (аппендицит, воспаление брюшины и др.), погрешности в диете, связанные с чрезмерным количеством или особым качеством пищи (очень жирная или раздражающая пища). Болезненные явления могут быть также связаны с индивидуальными особенностями отдельных лиц, не переносящих определенных пищевых веществ (так называемой идиосинкразии), которые у других

лиц не вызывают никаких болезненных расстройств. Следовательно, по первому впечатлению без расследования каждого отдельного случая нельзя делать вывода о наличии или отсутствии пищевого отравления, будь то единичный случай или групповое заболевание.

§ 59. Расследование пищевого отравления

Каждый случай пищевого отравления, особенно массовой вспышки, требует не только тщательного, но и немедленного расследования. Малейшее промедление, особенно при токсикоинфекциях, может свести на нет все следственные действия.

Вследствие быстрого размножения посторонних микробов, в частности гнилостных, в пищевых продуктах, извержениях больных, трупах умерших истинные возбудители токсикоинфекции могут быть уже не распознаны, а это в значительной степени затруднит окончательные выводы о причинах отравления.

Как уже было упомянуто, при расследовании пищевого отравления следователь не должен полагаться только на свои силы и знания. С первых же шагов расследования, если для этого есть хоть малейшая возможность, он должен пригласить в качестве экспертов или просто консультантов представителей санитарного и ветеринарного надзора, судебного медика или химика. Участие этих специалистов в значительной степени облегчит работу следователя, поможет ему быстро и правильно ориентироваться в происшедшем и предпринять дальнейшие следственные действия.

При расследовании пищевых отравлений, как, пожалуй, ни при каком другом виде происшествий, необходимо в первые же моменты прибегнуть к некоторым специальным исследованиям, от которых очень часто зависит дальнейший ход расследования. К ним относятся бактериологическое, химическое и значительно реже — ботаническое исследования.

Брать объекты для исследования должен санитарный инспектор, судебно-медицинский эксперт или врач, привлеченный следователем к расследованию пищевого отравления. Следователь же должен проследить, чтобы все необходимые объекты были взяты для исследования и доставлены в лаборатории в возможно кратчайший срок. Следователь также должен иметь представление о том, что должно быть взято, как упаковано и куда направлено, так как иногда он может начать свои действия в условиях, при которых пригласить врача будет невозможно. Некоторые же объекты, например остатки пищи или исходных продуктов, следователь, безусловно, может отправить и сам. Так как при массовой вспышке в первые моменты нельзя бывает решить вопрос, о чем идет речь — о токсикоин-

фекции или об отравлении ядовитыми химическими примесями, то, как правило, необходимые объекты приходится направлять и для бактериологического, и для химического исследования.

Бактериологическое исследование. Возбудители токсикоинфекции могут находиться в необработанных продуктах, полуфабрикатах или готовых изделиях, в зависимости от того, на каком этапе производства произошло заражение. Они также могут находиться в рвотных, каловых массах и крови заболевших, внутренних органах умерших и, наконец, в кишечнике бациллоносителей из числа обслуживающего персонала пищевого блока. Необходимые для бактериологического исследования объекты должны быть взяты как можно быстрее, в первые сутки отравления, и в тот же день доставлены в бактериологическую лабораторию или санитарно-гигиенический институт. Объекты следует брать в стерильные стеклянные банки с притертой пробкой. Простерилизовать банку можно и самому. Для этого в банку нужно налить несколько кубических сантиметров чистого винного или денатурированного спирта, сполоснуть, вылить из банки излишки спирта, а оставшийся на стенках банки спирт зажечь и дать ему прогореть. То же самое следует проделать с пробкой и тут же банку закрыть, не прикасаясь руками к внутренней поверхности банки и пробки. Стерилизация посуды имеет целью по возможности уничтожить находящиеся в банке посторонних микробов, для того чтобы они не могли размножаться в посылаемом объекте и этим самым затемнить картину. Посылаемые для бактериологического исследования объекты (см. примерный план расследования) ни в коем случае нельзя заливать консервирующими веществами (спиртом, формалином), так как эти вещества убивают микробов. В остальном порядок направления объектов такой же, как и для химического исследования.

Направлять объекты следует в бактериологические лаборатории.

Химическое исследование. Цели химического исследования и порядок направления объектов указаны в общей части токсикологии.

Ботаническое исследование. Действующее начало многих ядовитых растений (грибов, сорняков и др.) не может быть доказано химическим путем. Поэтому, когда имеются указания на отравления ядовитыми растениями или растительными примесями, приходится дополнительно прибегать еще к ботаническому исследованию продуктов, остатков пищи, содержимого кишечника.

В этих объектах могут быть обнаружены характерные частицы того или иного растения. Так, примесь ядовитого сорняка — горчака может быть установлена по присутствию в муке

характерных элементов семенных оболочек. Ботаническое исследование производится в санитарных институтах. Объекты для исследования можно направлять в крайнем случае и через судебно-медицинские лаборатории.

Расследование вспышки пищевого отравления следует проводить по определенному плану. В конечном итоге расследование должно иметь целью выяснение источника отравления, виновников происшествия и принятие соответствующих предупредительных мер.

В план расследования включается: 1) учет заболевших, 2) обследование пищевого предприятия, 3) отбор и направление различных объектов для дополнительного исследования, 4) исследование трупного материала, 5) постановка вопросов эксперту.

§ 60. Примерный план обследования вспышки пищевого отравления

Учет заболевших. Учет заболевших следует начать с составления письменного списка. В списке нужно предусмотреть ряд граф, в которых против фамилии каждого заболевшего отмечаются общие для всех заболевших данные. Составление такого списка позволит и следователю и экспертам быстро ориентироваться в отдельных вопросах; оно даст, кроме того, представление об общей картине пищевого отравления и его отдельных характерных особенностях.

В списке должны быть предусмотрены ответы на следующие вопросы: 1) через сколько часов после последнего приема пищи наступило заболевание; 2) характер питания больных в день заболевания и накануне; 3) сколько из заболевших помещено в больницу, сколько получило амбулаторную помощь и сколько не обратилось за медицинской помощью; какова клиническая картина. Точно указать у каждого отдельные симптомы заболевания: боли и их локализацию, тошноту, рвоту, понос, озноб, температуру, головокружение, головные боли, судороги, пульс, падение сердечной деятельности и другие симптомы.

Эти сведения представляет следователю медицинский персонал, от которого следователь требует ведения на каждого заболевшего подробной истории болезни с обязательным указанием всех наблюдаемых симптомов. Отсутствие заболевания у ряда лиц, употреблявших ту же пищу, типично для пищевой токсикоинфекции.

Желательно также всех заболевших распределить на три группы по тяжести заболевания: легких, средней тяжести и тяжелых. Дополнительно следует выяснить, имеются ли среди

употреблявших ту же пищу незаболевшие и какое соотношение между ними и заболевшими.

Следователь должен через медицинский персонал обеспечить и проследить обязательное направление для химического и бактериологического исследования (хотя бы от наиболее тяжелых больных) рвотных и каловых масс, промывных вод (от промывания желудка) и посева крови.

Обследование пищевого предприятия. Обследование пищевого предприятия должно быть произведено возможно быстрее для того, чтобы зафиксировать его состояние в моменты массовой вспышки заболеваний.

При обследовании пищевого предприятия должны быть выяснены следующие данные: 1) общая планировка пищевого предприятия и соответствует ли она санитарным требованиям; 2) порядок доставки пищевых продуктов (откуда, каким транспортом и санитарное состояние последнего); 3) способ хранения продуктов (особенно мяса); состояние склада, ледника, тары; возможность загрязнения продуктов мухами и грызунами; 4) способ хранения и кулинарной обработки продуктов на кухне, способ варки, величина кусков, приготовление, хранение и варка фарша и т. д.; 5) сколько времени, где и как хранились готовые блюда до выдачи их потребителю; 6) применяются ли полуфабрикаты, какие способы их предварительной и окончательной обработки; 7) квалификация персонала пищеблока, соприкасающегося с продуктами, соблюдение им гигиенических правил; обеспеченность спецодеждой; 8) состояние здоровья персонала пищеблока и результат последних медосмотров (по журналу); 9) общее санитарное состояние кухни, столовой, подсобных цехов (разделочного, посудомоечного и др.); способы удаления из кухни отходов и помоев, защита от мух и грызунов; 10) состояние санитарного надзора, возможность доступа на кухню посторонним лицам.

Отдельные данные в зависимости от каждого конкретного случая требуют дальнейшей детальной разработки. В плане указаны лишь главные, основные вопросы расследования.

При обследовании пищевого предприятия подлежат направлению для химико-бактериологического исследования: 1) остатки пищи всех блюд, а не только подозреваемой как источник отравления; 2) пробы продуктов со склада, употреблявшихся для изготовления пищи за последние 48 часов до начала массовых заболеваний; 3) соскобы или смывы со столов, где приготавлилась пища и лежали исходные продукты, инвентаря, употреблявшегося в процессе обработки продуктов, с посуды, транспортных средств и т. д.; 4) соскобы с луженой и образцы глиняной посуды для определения ядовитых химических

веществ (например свинца); 5) смывы с рук персонала пищеблока.

Если среди персонала пищевого предприятия обнаружены лица, страдающие желудочно-кишечным расстройством или перенесшие недавно его, то они должны быть направлены в бактериологическую лабораторию для обследования на бациллоношение.

Обследование трупного материала. Обследование трупного материала не входит, конечно, в функции следователя. Но нужно иметь в виду, что очень часто следователю приходится прибегать к помощи так называемых случайных экспертов. Следователь должен знать, что именно нужно требовать от врача-эксперта, и проследить выполнение этих требований. Сам врач, не являющийся по своей специальности судебно-медицинским экспертом, может просто не знать, что от него требуется.

В случаях пищевых отравлений, закончившихся смертью, вскрытие необходимо производить возможно раньше, во всяком случае в первые сутки, особенно в теплое время года. В акте вскрытия трупа должны быть подробно описаны все болезненные изменения, особенно желудочно-кишечного тракта. Кроме направления в обычном порядке частей внутренних органов для химического исследования, для бактериологического исследования необходимо направить: 1) кровь из сердца, 2) кусочек селезенки, 3) кусочек печени с желчным пузырем и 4) перевязанный отрезок тонкой кишки (с содержимым) длиной 10—12 см.

Основные вопросы судебно-медицинской экспертизы:

1) К какой группе относится данная вспышка массовых заболеваний (инфекция, отравление).

2) Какой именно пищевой продукт или готовое блюдо с наибольшей вероятностью могут быть признаны или являются источником данных заболеваний.

3) Могли ли установленные расследованием нарушения санитарных правил и недочеты в санитарном состоянии пищевого предприятия или в кулинарной обработке продукта привести к возникновению массовых заболеваний и на каком этапе производства.

4) Могли ли обнаруженные лабораторией микробы (или химические вещества) вызвать заболевание у людей.

5) На каком этапе производства могло произойти обсеменение (заражение) пищевых продуктов микробами и накопление ядовитых веществ (токсинов).

Эти вопросы судебно-медицинской экспертизе являются основными. В каждом отдельном случае, само собою разумеется, могут быть поставлены и дополнительные конкретные вопросы.

§ 61. Порядок расследования и учета пищевых отравлений государственной санитарной инспекцией

Представителям органов расследования необходимо знать, что расследование и учет пищевых отравлений входят в обязанность государственной санитарной инспекции.

Порядок расследования и учета пищевых отравлений предусмотрен инструкцией Главной государственной санитарной инспекции от 22 марта 1946 г.

Для установления причин и принятия необходимых мер по ликвидации и профилактике пищевых отравлений каждый случай пищевого отравления подлежит обязательному тщательному расследованию.

Санитарно-эпидемиологическое расследование пищевых отравлений. Расследование пищевых отравлений должен производить государственный санитарно-пищевой инспектор, а при отсутствии его — районный (городской) государственный санитарный инспектор.

До прибытия госсанинспектора предварительное расследование должен производить врач, а там, где нет врача, средний медицинский работник, оказавший первую помощь пострадавшим и установивший или заподозривший пищевое отравление.

При оказании первой помощи медицинский работник обязан:

- а) изъять из употребления остатки подозреваемой пищи;
- б) собрать рвотные и каловые массы заболевших и промывные воды;

- в) направить изъятую пищу, собранные выделения и промывные воды на исследование в санитарно-бактериологическую лабораторию или обеспечить их сохранение до прибытия госсанинспектора;

- г) впредь до выяснения всех обстоятельств дела запретить реализацию подозреваемых пищевых продуктов.

Госсанинспектор, приступая к расследованию пищевого отравления, должен придерживаться следующего порядка:

- а) установить связь с медицинским работником, оказавшим первую медицинскую помощь заболевшим;

- б) подвергнуть личному опросу и осмотру больных (при массовом отравлении — выборочно);

- в) установить связь с лабораторией;

- г) обследовать пищевой объект, где произошло отравление, базу, с которой поступил подозреваемый продукт, и пищевое предприятие, на котором он вырабатывался, если они находятся в одном и том же населенном пункте.

Примечание. Реализация подозреваемого продукта должна быть немедленно запрещена на любом этапе расследования;

д) привлечь в необходимых случаях к участию в расследовании, ликвидации и предупреждении отравлений наиболее квалифицированных санитарных работников соответствующей специальности, сотрудников санитарных или санитарно-бактериологических институтов, эпидемиологов, клиницистов, токсикологов и др.

Установив связь с медицинским работником, оказавшим первую помощь, госсанинспектор должен выяснить у него время и обстоятельства начала вспышки, количество заболевших, основные симптомы заболевания, ход госпитализации, обеспеченность койками и принятые меры (сбор и направление материала в лабораторию, запрещение реализации подозрительного продукта и др.).

При опросе больных госсанинспектор должен:

а) выяснить, чем питались пострадавшие в день заболевания и в течение предыдущих двух дней, а также не пострадавшие, но питавшиеся одновременно с пострадавшими в той же столовой (буфете и т. д.);

б) установить, имеются ли заболевания среди членов семей пострадавших, чем и где они питались;

в) выявить путем сопоставления этих данных продукты, употреблявшиеся в пищу всеми заболевшими и могущие быть заподозренными как причина отравления;

г) установить время, прошедшее с момента употребления подозреваемого продукта до появления первых признаков заболевания;

д) тщательно проанализировать всю клиническую картину заболевания с учетом первичных симптомов дальнейшего течения и исхода. При этом необходимо исключить заболевание иной этиологии, напоминающее по отдельным признакам пищевое отравление (катар или язва желудка, воспаление желчного пузыря, почечные и печеночные колики, обострение хронического энтероколита);

е) направить на исследование в лабораторию подозреваемые продукты;

ж) обеспечить взятие и отсылку в лабораторию крови у заболевших для посева и серологических реакций.

Для отбора проб, подлежащих лабораторному исследованию, госсанинспектор должен вызвать работника лаборатории со стерильной посудой. При невозможности вызвать работника лаборатории госсанинспектор лично производит выемку проб для исследования. Собранные материалы должны быть направлены госсанинспектором в наиболее квалифицированную санитарно-бактериологическую лабораторию.

Скоропортящиеся продукты, направляемые в иногороднюю лабораторию, должны доставляться на льду.

Примечание. При явной картине токсикоинфекции не следует посылать в лабораторию пищевые продукты для исследования на присутствие солей тяжелых металлов или направлять на бактериологическое исследование продукты, не являющиеся по своей природе благоприятной средой для развития микробов, вызывающих токсикоинфекции (мука, крупа, варенье, сахар, соль и др.).

При подозрении на бактериальную причину пищевого отравления привлекается бактериологическая лаборатория для постановки исследований, в том числе проводятся посев крови (в остром периоде) и серологические реакции с кровью переболевших. Серологические реакции ставятся через 7—8 дней после начала заболевания и повторно через 12—15 дней. При большом количестве вспышек серологическому исследованию подвергается кровь у наиболее тяжело переболевших, а при небольшом количестве — по возможности кровь всех переболевших.

Проверка пищевого объекта. Для выяснения путей инфицирования или загрязнения ядовитыми веществами пищевого продукта, послужившего причиной отравления, необходимо проверить санитарные условия технологического процесса производства заподозренных пищевых продуктов, условия перевозки, сроки хранения и реализации сырья, полуфабрикатов и готовой продукции, наличие сертификатов, ветеринарно-санитарных удостоверений, возможности инфицирования продукта бациллоносителями, больными гнойничковыми, желудочно-кишечными заболеваниями и т. д.

Примечания:

1. Если предприятие, изготовившее продукт, вызвавший пищевое отравление, находится вне территории, обслуживаемой производящим расследование госсанинспектором, последний сообщает госсанинспектору, на территории которого находится это предприятие, все необходимые сведения для проведения расследования на месте.

2. Если пищевое отравление произошло от употребления в пищу консервов, в акте расследования должны быть тоже указаны: марка, обозначенная на крышке жестяной банки или бумажной этикетки, а также название завода и его местонахождение.

На основании оценки всех полученных при расследовании материалов, а также результатов лабораторных анализов подозреваемых продуктов и других объектов исследования госсанинспектор делает заключение о причине отравления.

В процессе расследования госсанинспектор принимает необходимые оперативные меры:

а) запрещает использовать или устанавливает порядок реализации пищевых продуктов, послуживших причиной отравления;

б) проводит необходимые санитарные мероприятия в пищевом предприятии, санитарные нарушения в котором послужили причиной выработки недоброкачественного продукта (временное и постоянное закрытие, дезинфекция предприятия, ремонт и т. д.);

в) привлекает к административной или уголовной ответственности лиц, виновных в производстве, выпуске или реализации продукта, вызвавшего пищевое отравление.

По окончании санитарно-эпидемиологического расследования госсанинспектор составляет акт, в котором должен детально изложить собранный материал.

Акт отсылается в вышестоящую госсанинспекцию. Последняя должна с ним немедленно ознакомиться и в случае наличия в нем упущений, неточностей и т. п. должна обеспечить получение необходимых дополнительных материалов не позднее чем в 10-дневный срок.

Областные, краевые, главные госсанинспекции АССР и госсанинспекции городов республиканского подчинения при получении всех материалов должны не более чем в 3-дневный срок отослать их в главную госсанинспекцию республики и ВГСИ.

Если при расследовании пищевое отравление не подтвердилось, об этом немедленно должны быть поставлены в известность вышестоящие госсанинспекции.

Порядок отбора материалов и направление их в лабораторию для исследования. Для лабораторного исследования посылаются следующие материалы:

а) остатки подозреваемой пищи, полуфабрикаты и исходное сырье;

б) рвотные массы, промывные воды, испражнения пострадавших;

в) смывы с оборудования, инвентаря и др.

Примечания:

1. На исследование посылаются те материалы, которые по предварительным данным санитарно-эпидемиологического расследования подозреваются в наибольшей причинной связи с происшедшим отравлением.

2. Если при промывании желудка применяются лекарственные средства, такие промывные воды в лабораторию не направляются.

Пробы для бактериологического анализа отбираются с соблюдением общепринятых правил в отношении стерильности.

Примечание. При отсутствии стерильной посуды материал может быть отправлен в посуде, предварительно подвергнутой кипячению; обеззараживание дезинфекционными средствами посуды, предназначенной для взятия проб, не допускается.

Твердые объекты могут пересылаться завернутыми в несколько слоев вощаной или пергаментной бумаги, а за отсутствием ее — в оберточной бумаге.

Для исследования мяса и мясных изделий отбирают около 500 г продукта из различных мест. Солонину и соленые продукты, находящиеся в бочоночной таре, берут сверху, из середины и со дна бочки. В отдельную посуду набирают 100—200 мл рассола.

Пробы рыбы отбирают в количестве нескольких экземпляров. От крупной рыбы берут из 2—3 мест.

Пробы жидких и полужидких объектов после тщательного перемешивания берут в количестве около 200 г. Вторые блюда отбирают в количестве 1—2 порций.

Для исследования консервов отбираются остатки из вскрытой банки. В случае отсутствия остатков забирают невскрытые банки консервов той же автоклавоварки; бомбажные банки отбираются в первую очередь.

Фекальные и рвотные массы берут от каждого больного отдельно в количестве 50—100 г; промывные воды — 100—200 мл; кровь для посева и серологических исследований берется в количестве 5—10 мл.

На посуду с пробками наклеивают этикетки, пробы нумеруют, опечатывают сургучной печатью или пломбируют и упаковывают так, чтобы гарантировать целостность материала.

Пересылка проб должна производиться в кратчайший срок, так как время от взятия проб до начала анализа может повлиять на результат исследования.

К пробам, посылаемым в лабораторию для исследования, необходимо прилагать сопроводительный документ, в котором должны быть указаны следующие сведения: наименование объекта, время изъятия и отправления проб в лабораторию (месяц, число, час); перечень проб с указанием их веса, характера тары и упаковки (стерильность посуды, наличие печатей и т. д.); причины направления проб в лабораторию.

Для того чтобы лаборатория могла лучше ориентироваться, необходимо дать достаточно подробное описание случая пищевого отравления с указанием возможной его причины. На

описании должна быть подпись врача (должность и фамилия), направляющего пробы.

При приеме проб лаборатория должна выдать расписку, указав время получения их.

Исследование материалов, доставленных в лабораторию по поводу случая пищевого отравления, производится немедленно по их получении.

Указания к составлению акта расследования пищевого отравления. При составлении акта расследования пищевого отравления необходимо:

указать место работы, фамилию и должность госсанинспектора, составляющего акт, дату составления акта, а также, кто участвовал в расследовании пищевого отравления; подробно описать начало заболевания, его дату и все сопутствующие обстоятельства, дальнейшее течение, клиническую картину и предварительный диагноз, количество пострадавших, госпитализированных и умерших;

указать место потребления пищи или приобретения пищевого продукта; описать подробно меню пострадавшего за последние 24—48 часов до отравления; указать, через сколько времени после приема подозреваемой пищи выявились симптомы заболевания; указать, какой пищевой продукт или другой объект (посуда и т. п.) подозревается врачом как причина отравления и на основании каких данных;

указать, когда и откуда получены подозреваемый продукт или сырье для изготовления этого продукта, наличие сертификатов и ветеринарного удостоверения; дать санитарную характеристику продукта в момент расследования;

кратко описать санитарное состояние пищевого предприятия, изготовившего данный продукт, санитарные условия технологических процессов (если предприятие находится в месте пищевого отравления), а также условия хранения пищевого продукта, подозреваемого как причина пищевого отравления.

Примечание: Акт санитарного обследования пищевого объекта, на котором произошло пищевое отравление или на котором изготовлен подозреваемый пищевой продукт, прилагается к акту расследования пищевого отравления;

указать, какие продукты задержаны, изъяты или уничтожены; когда, куда и какие продукты или другие объекты исследования направлялись для лабораторного анализа;

дать обоснованные выводы, подтверждающие, что в указанном случае действительно имеется пищевое отравление; указать принятые госсанинспектором оперативные меры.

Раздел V

Другие виды внешнего воздействия, вызывающие расстройство здоровья и смерть

ГЛАВА XIII

БОЛЕЗНЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА И СМЕРТЬ ОТ ПСИХИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ, ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ И ФИЗИЧЕСКОГО ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ, ОТ ГОЛОДА

§ 62. Болезненные расстройства и смерть от психических воздействий.
§ 63. Болезненные расстройства и смерть от переутомления и физического перенапряжения. § 64. Болезненные расстройства и смерть от голода

Помимо рассмотренных видов внешнего воздействия, вызывающих болезненные расстройства или смерть человека, в судебно-медицинской практике приходится встречаться и с некоторыми другими видами внешнего воздействия, которые также могут приводить к смерти или вызывать тяжелые расстройства. Эти виды внешнего воздействия встречаются сравнительно редко, и судебно-медицинское значение их относительно невелико, хотя в отдельных случаях они служат также предметом расследования.

Иногда болезненные расстройства, вызываемые этими видами внешнего воздействия, влекут за собой гибель или повреждение машин с экипажами, служат основанием для гражданских исков в качестве производственной травмы и т. д. К этим видам внешнего воздействия относятся: психическая травма, переутомление и перенапряжение, голодание.

§ 62. Болезненные расстройства и смерть от психических воздействий

Сильные психические воздействия — психическая травма, глубокие психические переживания у больного человека — могут вызвать болезненные расстройства и смерть. Прежде всего это относится к таким психическим воздействиям, которые вызывают у человека сильный испуг. Экспертиза подобных случаев чрезвычайно трудна, и при возникновении болезненных расстройств в результате сильного психического воздействия необходимо прибегать к психиатрической и неврологической экспертизам.

Психическая травма может вызывать болезненные расстройства и смертельный исход главным образом у лиц с заболеваниями сердца и сосудистой системы. Что касается болезненных расстройств, возникающих в результате сильного психи-

ческого переживания, то они заключаются главным образом в различных нервнопсихических расстройствах, которые во время войны стали хорошо известны под названием истеро-травматических расстройств. Возникновение их, кроме психической травмы, как правило, имело в основе еще и контузию взрывной воздушной волной, но основную роль играла психическая травма.

В результате психической травмы могут развиваться параличи, дрожания, судорожные припадки, расстройство слуха и речи и ряд других расстройств такого же характера, вплоть до психического заболевания. Сильный испуг может вызвать внезапную остановку болезненно измененного сердца и смерть. Понятно, что никакие объективные данные на вскрытии не дают возможности установить смерть от психического воздействия, а такое заключение может быть дано лишь на основании всех материалов дела, в частности на сопоставлении клинической картины и имеющегося болезненного расстройства. В ряде случаев такое заключение может быть лишь предположительным.

Правильное понимание и объяснение болезненных расстройств или смерти от психических воздействий может быть только на основе учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности и, в частности, в отдельных случаях — на основе учения о второй сигнальной системе.

§ 63. Болезненные расстройства и смерть от переутомления и физического перенапряжения

Вопросы такого характера могут иногда быть поставлены перед судебномедицинской экспертизой. Дело может касаться возможности возникновения болезненных расстройств или смерти от переутомления или от чрезмерного физического напряжения. Что касается болезненных расстройств и смерти от переутомления, то такого рода предположения могут быть сделаны на основании главным образом изучения обстоятельств дела и сопоставления их с данными вскрытия, и опять-таки не только и не столько судебномедицинским экспертом, сколько им совместно с лечащими врачами: терапевтом, невропатологом. В этих случаях дело идет в основном не только о физическом переутомлении, но и о напряжении, переутомлении нервной системы. У лиц предрасположенных, в особенности с инвалидным сердцем, с неустойчивой нервной системой, нельзя отрицать возможности влияния переутомления на возникновение смертельного исхода. Но обычного заключения в смысле утвердительного констатирования факта не может быть дано.

Что касается физического перенапряжения, то оно, несомненно, может вызвать и острое расстройство сердечной деятель-

ности, и смертельный исход. Смертельный исход может иметь место и у совершенно здоровых людей при длительном и значительном физическом напряжении, которое приводит к истощению и сердца, и нервной системы и может вызвать внезапную смерть, например при неумеренных занятиях спортом без врачебного контроля. Но большей частью физическое перенапряжение или даже напряжение не весьма значительное может легко вызвать внезапную смерть у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенно если они выходят за пределы привычного напряжения. В подобных случаях как у здоровых, так и у больных субъектов заключение о влиянии физического перенапряжения может быть дано лишь предположительно на основании изучения прежде всего материалов дела, обстоятельств, предшествовавших смерти, при сопоставлении их с данными вскрытия.

§ 64. Болезненные расстройства и смерть от голода

Нормальное развитие и жизнедеятельность организма, проявление всех физиологических функций требуют прежде всего систематического ежедневного потребления определенного количества пищевых веществ, недостаток которых в количественном или качественном отношении сопровождается различными болезненными расстройствами или даже приводит к смерти. Человеческий организм нуждается не только в определенном количестве пищевых веществ, но и в пище определенного качества. Человек может получать вполне достаточное количество белков, углеводов, жиров и неорганических соединений, но отсутствие в пище небольших количеств жизненно важных веществ — витаминов приводит к тяжелым болезненным расстройствам. Так, отсутствие в пище витамина С вызывает цингу: разрыхление десен, расшатывание и выпадение зубов, кровоизлияния в различные ткани, органы и полости тела и др. Отсутствие витамина В вызывает пеллагру: воспаление кожи, появление кишечных расстройств, заболевание спинного мозга, изменение психики. Отсутствие витамина А вызывает появление язв на роговице или куриную слепоту и т. д.

Симптомы, вызванные недостатком пищи, голоданием, различны в зависимости от того, имеем ли мы дело с острым или хроническим голоданием (недоеданием). И тот и другой вид голодания могут иметь иногда и судебно-медицинское значение.

Острое голодание может возникать случайно, когда человек попадает в такие условия, при которых он лишен возможности добывать себе пищу, например, при обвалах в шахтах или в подвалах, при разрушении верхних этажей домов.

Голодание может быть умышленным, когда человек сознательно лишает себя пищи, у психически больных — как самоповреждение, очень редко — как способ самоубийства, опять-таки психически больных.

Симптомы острого голодания заключаются прежде всего в ощущении голода, резко усиливающимся, но проходящем обычно уже на второй-третий день. Появляются тошнота, иногда доходящая до рвоты, чувство тяжести в подложечной области, быстро развивается общая слабость. На второй-третий день к этому присоединяется чрезвычайно резкий запах изо рта. Прогрессирующе нарастает похудание. Слабость сопровождается сонливостью, желанием покоя. Затем теряется сознание, появляется бред, и, наконец, наступает смерть.

Продолжительность острого голодания зависит от индивидуальных особенностей. Оно может продолжаться около трех недель, хотя известны случаи и полного голодания свыше двух месяцев, при том условии, что голодающий принимает воду. При отсутствии воды смерть наступает сравнительно быстро, на шестой-восьмой день. При вскрытии умерших от острого голодания наблюдаются резкое похудание и исчезновение жировой клетчатки, уменьшение в объеме скелетной мускулатуры и внутренних органов. Желудок и кишечник пусты, иногда в них находят предметы, трудно перевариваемые или вообще несъедобные: кусочки кожи, ремней, кусочки дерева и т. п. Каловые массы в толстых кишках либо отсутствуют совершенно, либо содержатся в очень небольшом количестве в виде сухих плотных комков.

Хроническое голодание бывает обусловлено не только недостаточным, но и неполноценным питанием, недостатком витаминов и, главным образом, белков, которые необходимы человеку для восполнения ежедневных потерь белка в организме. Длительный систематический недостаток пищи и ее неполноценность в конце концов влекут за собой ряд тяжелых болезненных явлений, функциональных и психических расстройств.

Болезненные расстройства в результате длительного голодания и неполноценного питания получили название алиментарного истощения, или алиментарной дистрофии. Симптомы алиментарного истощения развиваются постепенно. Болезненные расстройства нарастают медленно и часто совершенно незаметно для самого больного именно в силу их постепенного развития. Такие больные в силу более или менее значительных психических расстройств производят иногда впечатление психически неполноценных субъектов, а иногда они принимаются за симулянтов.

Развитие алиментарного истощения может проявляться в виде двух форм: сухой и отечной. При сухой форме разви-

вается постепенное исчезновение жировой клетчатки, атрофия всех органов и тканей скелетной мускулатуры, внутренних органов, печени, мышцы сердца, которые принимают при этом бурый цвет. Кожа становится сухой, буровато-коричневой и иной раз производит впечатление давно немытой. Психика в большей или меньшей степени нарушается, уменьшаются восприимчивость, критика, правильная оценка своих поступков. В более поздних стадиях развиваются кишечные расстройства, в частности колит, который иногда принимают за дизентерию, и в конце концов наступает тяжелое необратимое состояние, из которого такого больного нельзя уже вывести, несмотря на все принятые меры.

В первых стадиях болезни появляются мышечная слабость, быстрая утомляемость и ряд других симптомов, кроме этих основных. Как было сказано, больные нередко сами не сознают и не оценивают своего состояния.

Другая форма — отечная — характеризуется при наличии тех же самых симптомов появлением и развитием отеков сначала нижних конечностей, затем туловища и лица. Часто болезнь не распознается сразу, ставятся различные диагнозы заболевания сердца, почек. Иногда больные, испытывающие к тому же и повышенную потребность в поваренной соли, принимались за солеедов. Хроническое голодание имело место во время войны в отдельных местах, находившихся в условиях, трудных для снабжения, в блокированных городах, например в Ленинграде, но особенно в немецких концентрационных лагерях для военнопленных и гражданского населения, где хроническое голодание было одним из способов массового зверского умерщвления жертв фашистского террора.

В настоящее время смерть от голода — повседневное явление в капиталистических странах и в особенности в эксплуатируемых империалистическими хищниками колониальных странах.

При вскрытии трупов людей, погибших от истощения, находят описанные изменения в виде исчезновения жировой клетчатки, уменьшения в объеме, атрофии внутренних органов, скелетной мускулатуры, имеющей к тому же характерную бурю окраску.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ЖИВЫХ ЛИЦ

Р а з д е л I

Поводы к экспертизе живых лиц и общие положения

ГЛАВА XIV

ПОРЯДОК ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИВЫХ ЛИЦ

§ 65. Поводы исследования живых лиц. § 66 Особенности производства
экспертизы живых лиц

§ 65. Поводы исследования живых лиц

Исследование (экспертиза) живых лиц занимает значительное место в судебно-медицинской практике и производится по следующим поводам:

1. При повреждениях для определения:
 - а) степени тяжести телесных повреждений и других вопросов, связанных с повреждениями;
 - б) потери трудоспособности;
 - в) состояния здоровья;
 - г) притворных и искусственных болезней, симуляции, аггравации, самоповреждения, диссимуляции;
 - д) заражения венерической болезнью.
2. При определении полового состояния для определения:
 - а) половой зрелости;
 - б) производительной способности;
 - в) спорного полового состояния — гермафродитизм;
 - г) беременности, родов, аборта.
3. При половых преступлениях для определения:
 - а) насильственного полового сношения;
 - б) развратных действий;
 - в) мужеложства;
4. По другим поводам для определения:
 - а) возраста;
 - б) тождества личности.

Исследование живых лиц производится по постановлению судебноследственных органов или органов дознания.

§ 66. Особенности производства экспертизы живых лиц

Экспертиза живых лиц производится в амбулатории, в стационарных лечебных учреждениях или на дому у свидетельствуемого.

Экспертиза в амбулатории. В крупных городах, областных центрах при бюро судебномедицинской экспертизы города или области имеются судебномедицинские кабинеты — амбулатории, где и производится исследование живых лиц. В крупных судебномедицинских амбулаториях имеются специальные отделения: для экспертизы по поводу повреждений, акушерско-гинекологической, венерологической экспертизы. Экспертиза по поводу определения потери трудоспособности производится комиссией специалистов (см. ниже).

Экспертиза по поводу повреждений производится судебно-медицинскими экспертами. Специальные приемы по акушерско-гинекологической или венерологической экспертизе проводятся либо судебномедицинскими экспертами, специализировавшимися в этой области, либо с участием консультантов-специалистов. В небольших городах, в районных центрах амбулаторную экспертизу проводит районный судебномедицинский эксперт в поликлинике или амбулатории районного отдела здравоохранения, где он имеет возможность пригласить для консультации нужного специалиста.

Экспертиза в лечебном учреждении. Иногда возникает необходимость произвести исследование человека, находящегося на излечении в стационарном лечебном учреждении. Такая необходимость бывает, например, в случаях, когда по делу имеется арестованный. Дальнейшее содержание его под стражей зависит от результатов освидетельствования, в частности определения степени тяжести нанесенного им телесного повреждения.

В таких случаях исследование потерпевшего производится в лечебном учреждении. Заключение основывается на данных, имеющих в истории болезни, и объективных изменениях. Однако такое освидетельствование не всегда позволяет эксперту дать определенное заключение. Так, если исход повреждения еще не определился и невозможно установить объем повреждения, эксперт вынужден ограничиться описанием объективных данных и указанием обстоятельств, не позволяющих дать определенное заключение. При экспертизе

в лечебных учреждениях иногда привлекаются в качестве консультантов врачи этих учреждений.

Экспертиза на дому у свидетельствуемого. В отдельных случаях исследование приходится проводить на дому у свидетельствуемого. Это бывает в случаях, когда свидетельствуемый лишен возможности передвигаться в силу болезненного состояния. Например, вызываемый в суд предъявляет больничный лист и предписание врача о необходимости соблюдать постельный режим, или хронически больной, прикованный к постели болезнью, получает повреждения и требуется определить степень их тяжести.

Экспертизу на дому у свидетельствуемого необходимо производить в присутствии представителя судебно-следственных органов или дознания и двух понятых, помня, конечно, о том, что это должны быть лица того же пола. Этого требуют необычная обстановка экспертизы, отличающаяся от обстановки лечебного учреждения, и возможность обвинения эксперта в неправильных или незаконных действиях.

Участие консультантов-специалистов. Возникающие при исследовании живых лиц вопросы, связанные с другими медицинскими специальностями, судебномедицинский эксперт разрешает, привлекая к участию в экспертизе консультанта-специалиста. В судебномедицинских амбулаториях иногда имеются постоянные консультанты, например, акушер-гинеколог, венеролог, так как акушерско-гинекологические и венерологические экспертизы встречаются нередко. Консультанты по другим специальностям привлекаются к экспертизе по мере надобности.

Участие консультантов-специалистов в экспертизе может быть непосредственным, то есть эксперт производит исследование освидетельствуемого совместно с консультантом. В этом случае акт экспертизы (свидетельство) составляется и подписывается судебномедицинским экспертом и консультантом-специалистом. Чаще, однако, судебномедицинский эксперт направляет свидетельствуемого к консультанту-специалисту и получает письменное заключение консультанта. Последнее эксперт включает в акт экспертизы (свидетельство) и на основании заключения специалиста делает свои выводы.

Примеры:

1) Женщина, 43 лет, получила множественные удары кулаком по голове и лицу. По этому поводу она в тот же день явилась на освидетельствование к судебномедицинскому эксперту. При осмотре заявила, что после полученных ею побоев она перестала слышать правым ухом. Женщину направили на осмотр к специалисту по болезням уха, горла и носа (отолярингологу), и вскоре она представила его заключение. Специальным исследованием было установлено, что у свидетельствуемой имеется хроническое воспаление среднего уха справа с давним прободением барабанной перепонки (правосторонний хронический отит с перфорацией барабанной перепонки).

Понижения слуха на левое ухо не установлено. В заключении было указано также, что обнаруженные изменения хронические, то есть давнишнего происхождения, и с полученными повреждениями не связаны.

Судебномедицинский эксперт, включив результаты специального исследования в акт экспертизы, свое заключение основывал на документальных данных специального исследования и объективных данных повреждений. В данном случае исследование потерпевшей консультантом-специалистом позволило установить, что в правом ухе действительно имеются болезненные изменения, но они давнишнего происхождения и не связаны с полученными в этот день повреждениями.

2) Мужчина, 27 лет, получил случайный удар по глазу концом резиновой трубки (шланга). При освидетельствовании заявил, что он поврежденным глазом не видит. Был направлен на осмотр к специалисту по глазным болезням (офтальмологу). Консультант-специалист в заключении указал, что у потерпевшего обнаружено свежее кровоизлияние в среду глаза, препятствующее в настоящее время зрению, что это кровоизлияние травматического происхождения, требует времени для лечения и связано с временной нетрудоспособностью. Исход повреждения еще не может быть установлен.

В этом случае заключение судебномедицинского эксперта основывалось исключительно на исследовании консультанта-специалиста.

Специальные исследования. Иногда заключение эксперта не может быть дано без специального исследования самого свидетельствуемого, его выделений, вещественных доказательств.

Рентгенографическое (съемка) или рентгеноскопическое (просвечивание) исследование очень часто приходится проводить при повреждениях, когда имеется подозрение на перелом кости, и по другим поводам.

Лабораторное (бактериологическое, бактериоскопическое, серологическое) исследование гнойного отделяемого, мокроты, крови, спинномозговой жидкости, других жидкостей и выделений при экспертизе состояния здоровья, заражения венерической болезнью и по другим поводам.

Спектральное исследование крови при несмертельных отравлениях.

Химическое исследование содержимого опухолей или подкожных гнойников (флегмон, абсцессов) при подозрении на их искусственное происхождение, мочи при симуляции некоторых болезней.

Ботаническое исследование посторонних частиц при подозрении на искусственное происхождение некоторых поражений кожи.

Нередко заключение эксперта основывается на результатах специальных исследований. Данные специальных исследований — заключений консультантов-специалистов, лабораторных анализов, рентгеновских снимков — вносятся в акт экспертизы, а сами документы приобщаются к акту экспертизы.

Наблюдение в стационарных лечебных учреждениях. В отдельных случаях невозможно дать заключение при амбулатор-

ном освидетельствовании. В таких случаях необходимо наблюдать и обследовать в течение нескольких дней или недель, а иногда и дольше, в стационарном лечебном учреждении. Необходимо бывает провести полное и всестороннее специальное исследование различными специалистами, и только после такого обследования можно дать заключение экспертизы. Испытуемые обычно направляются в лечебное учреждение по постановлению следователя или органа дознания. После окончания испытания заключение обычно дает комиссия, в которую включаются и наблюдавшие испытуемого врачи. Иногда заключение дается судебно-медицинскими экспертами на основании документальных данных (история болезни, заключения лечащих врачей).

Комиссионная экспертиза. Судебно-медицинское исследование живых лиц проводится судебно-медицинским экспертом единолично, но в особо сложных случаях, когда необходимо участие нескольких специалистов, составляется экспертная комиссия. Так степень потери трудоспособности всегда определяется комиссией специалистов.

Некоторые особенности экспертизы живых лиц. При судебно-медицинской экспертизе живых лиц очень важно бывает зафиксировать как можно раньше возникшие изменения (при повреждениях, изнасиловании), чтобы иметь возможность с исчерпывающей полнотой ответить на поставленные вопросы в возможно более сжатый срок. Однако эксперт иногда лишен возможности дать заключение при экспертизе, например, повреждений вскоре после их получения и назначает повторное освидетельствование через определенный срок.

Повторное освидетельствование требуется по ряду причин. В одних случаях, при очень свежих повреждениях, эксперт не может быть уверен в исходе повреждений и вынужден выждать некоторое время. Повреждения, кажущиеся при первом осмотре легкими, на самом деле могут быть тяжелыми и даже смертельными. Особенно опасны в этом отношении повреждения головы.

Пример: С крыши большого дома упал кусок льда и попал на голову проходившему мужчине. На голове мужчины была меховая шапка, несколько смягчившая удар. Несмотря на это, от удара на голове образовалась маленькая кожная ранка с осаднением.

Пострадавший зашел в находящуюся поблизости поликлинику, где медицинская сестра остригла волосы вокруг ранки, смазала йодной настойкой, наложила повязку и отпустила домой, не показав врачу. Гражданин пришел домой и через некоторое время стал жаловаться на все усиливающуюся головную боль, а затем потерял сознание. Он был доставлен в приемный покой протезного института и при подготовке к операции скончался. При вскрытии трупа обнаружены трещина черепа и кровоизлияние под твердую мозговую оболочку. В течение нескольких часов после получения повреждения пострадавший был в сознании, совершал самостоятельные действия,

передвигался, имея тяжелое смертельное повреждение. Если бы эксперт осматривал его тут же после повреждения, то обнаруженную поверхностную ранку он, возможно, оценил бы как легкое повреждение.

При экспертизе свежих повреждений эксперт обязан зафиксировать имеющиеся изменения, передать свидетельствуемого лечащему врачу и назначить срок повторного освидетельствования.

Повторное освидетельствование производится в случаях, когда требуется проводить длительное лечение. Исход, а следовательно, и степень тяжести повреждения могут быть определены лишь после окончания лечения.

Пример: Ушиб руки сопровождался неполным параличом (парезом) лучевого нерва. Специалист-невропатолог подтвердил возможность восстановления функции нерва через 4—6 недель. Естественно, что ранее окончания этого срока судебно-медицинский эксперт не мог дать заключение.

Повторное освидетельствование приходится производить при необходимости осмотра консультантом-специалистом и при проведении дополнительных исследований.

Лица, присутствующие при судебно-медицинской экспертизе. В Положении о производстве судебно-медицинской экспертизы имеются общие указания о том, что все виды судебно-медицинской экспертизы, осуществляемые по требованию судебно-следственных органов, производятся в присутствии представителя последних. На практике присутствие представителей судебно-следственных органов при экспертизе живых лиц составляет редчайшее исключение. По этой причине не соблюдается обычно и ст. 195 УПК о том, что протоколы медицинского осмотра подписываются следователем.

Статья 191 УПК говорит о том, что следователь не присутствует при освидетельствовании лица другого пола, если освидетельствование сопровождается обнажением свидетельствуемого лица, кроме случаев, когда лицо это не возражает против такого присутствия.

Гинекологическое освидетельствование малолетних производится обязательно в присутствии отца, матери, приведших их старших лиц, представителя отдела народного образования (Правила судебно-медицинского акушерско-гинекологического исследования).

Иногда при освидетельствовании малолетних целесообразно пригласить опытного педагога.

Присутствие понятых при экспертизе не требуется. Экспертиза в лечебных учреждениях, специальных амбулаториях практически всегда проводится в присутствии посторонних лиц — среднего и младшего медицинского персонала. На практике в присутствии посторонних лиц всегда производится также акушерско-гинекологическая экспертиза. Освидетельство-

вание на дому, как было указано, необходимо производить в присутствии понятых.

Таковы основные особенности судебномедицинского исследования живых лиц.

Раздел II

Отдельные виды судебномедицинского исследования живых лиц

ГЛАВА XV

ЭКСПЕРТИЗА ПО ПОВОДУ НЕСМЕРТЕЛЬНЫХ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

§ 67. Общие данные. § 68. Определение степени тяжести телесных повреждений.
§ 69. Экспертиза заражения венерической болезнью. § 70. Определение потери трудоспособности

§ 67. Общие данные

При судебномедицинской экспертизе живых лиц по поводу повреждений приходится встречаться с вопросами, связанными не только с механическими повреждениями, но также с расстройством здоровья и от других причин: физических агентов, химических веществ, психических воздействий и других факторов, то есть с повреждениями в широком смысле слова. Судебномедицинская экспертиза повреждений может потребоваться и для определения степени тяжести телесных повреждений при подозрении на умышленное нанесение себе повреждений.

При оценке повреждений эксперт должен определить характер повреждения, орудие, которым оно было нанесено, степень тяжести повреждения применительно к указаниям закона и ответить на многие другие вопросы, возникающие в каждом конкретном случае.

Представление материалов дела. При экспертизе живых лиц эксперту должны быть представлены все материалы дела. К сожалению, на практике это требование не всегда выполняется. Эксперту приходится давать заключение об обстоятельствах дела на основании объяснений свидетельствуемого.

Телесные повреждения предусмотрены ст. ст. 142—147 УК. Судебномедицинская экспертиза требуется преимущественно при применении ст. ст. 142, 143, 146, 147 УК.

«Ст. 142. Умышленное тяжкое телесное повреждение, повлекшее за собой потерю зрения, слуха или какого-либо иного органа, неизгладимое обезо-

бражение лица, душевную болезнь или иное расстройство здоровья, соединенное со значительной потерей трудоспособности, —

лишение свободы на срок до восьми лет.

Если от такого повреждения последовала смерть или если оно совершено способом, носящим характер мучения или истязания, или явилось последствием причинения систематических, хотя бы и легких, повреждений, —

лишение свободы на срок до десяти лет.

Ст. 143. Умышленное легкое телесное повреждение, не опасное для жизни, но причинившее расстройство здоровья, —

лишение свободы или исправительно-трудовые работы на срок до одного года.

Умышленное легкое телесное повреждение, не причинившее расстройства здоровья, —

исправительно-трудовые работы на срок до шести месяцев или штраф до трехсот рублей.

Ст. 146. Умышленное нанесение удара, побоев и иные насильственные действия, сопряженные с причинением физической боли, —

исправительно-трудовые работы на срок до шести месяцев или штраф до трехсот рублей.

Если эти действия носили характер истязания — лишение свободы на срок до трех лет.

Ст. 147. Насильственное незаконное лишение кого-либо свободы —

лишение свободы или исправительно-трудовые работы на срок до одного года.

Лишение свободы способом, опасным для жизни или здоровья потерпевшего, или сопровождавшееся причинением ему физических страданий, —

лишение свободы на срок до двух лет».

При исследовании несмертельных повреждений эксперт должен определить:

а) характер повреждения с медицинской точки зрения (кровоподтек, рана, перелом кости);

б) время его нанесения, то есть давность;

в) тип орудия, которым нанесено повреждение;

г) степень тяжести;

д) важность повреждения для здоровья и опасность его для жизни, а также исход.

Характер повреждения определяется применительно к медицинской классификации повреждений. Отмечаются характер повреждения, его локализация, размеры, форма, характер краев и другие особенности (рис. 120 а, б).

Время нанесения повреждения или давность повреждения приходится устанавливать постоянно при экспертизе повреждений. Иногда определение давности повреждения и его характера является основным вопросом экспертизы, например при экспертизе рубцов. Чем раньше производится освидетельствование, тем более точно может быть определена давность повреждения.

При определении давности повреждений пользуются теми изменениями, которые наблюдаются в тканях при заживлении повреждений.

Давность кровоподтеков определяется по изменению их цвета.

Давность ссадин определяется на основании заживления: подсыхания, образования корочки и ее отпадения.

Определение давности ран производится на основании степени заживления раны: омертвления тканей, развития воспалительных изменений, появления и развития грануляционной ткани, образования рубца.

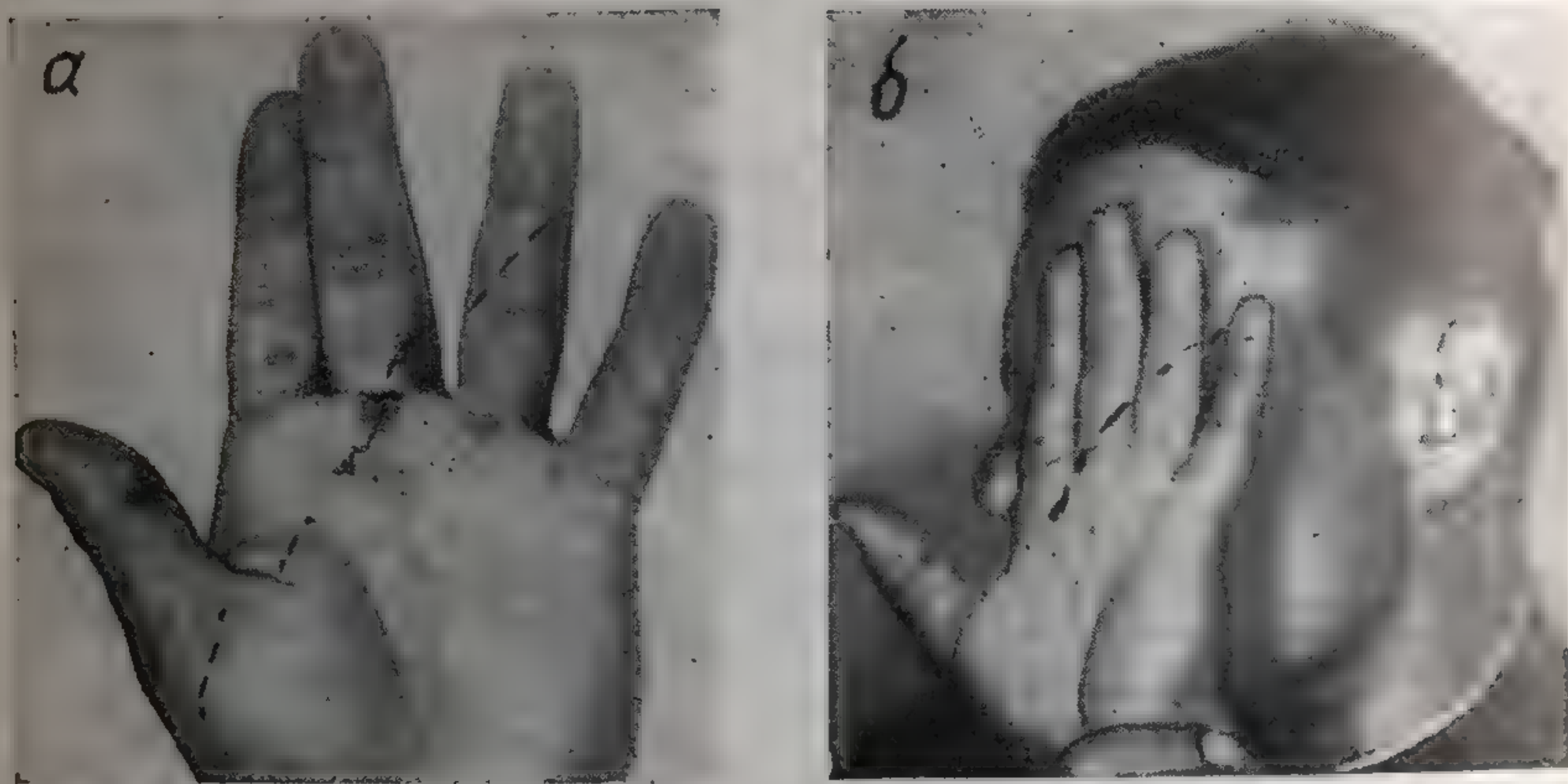


Рис. 120. Определение обстоятельств получения повреждения

а) Положение кисти перед лицом б) Рана на ладони и продолжение ее на пальцах и в области левой глазницы

Определить давность переломов можно по развитию костной мозоли на месте перелома.

Определить давность повреждений можно лишь приблизительно: при свежих повреждениях — с приближенностью до 1—2 дней, при более позднем освидетельствовании заживающих повреждений покровов тела — в пределах дней и даже недель.

Экспертиза рубцов. Иногда приходится производить экспертизу повреждений (ран), полученных много месяцев или даже несколько лет назад.

При заживлении ран образуются рубцы, и экспертиза заживших ран представляет собою экспертизу рубцов. При экспертизе рубцов приходится определять происхождение и давность рубцов. Экспертиза рубцов, особенно имеющих давность в много месяцев и даже лет, представляет значительные, иногда неразрешимые трудности. Рубцы образуются на коже и слизистых оболочках и не только после повреждения покровов, но очень часто являются следствием поражения кожи различными забо-

леваниями. В одних случаях образуются характерные рубцы, позволяющие определить их происхождение. Таковы рубцы при ожогах, волчанке лица, фурункулезе, оспе и других поражениях. В других — рубцы имеют настолько нехарактерную форму, что невозможно высказать какое-либо мнение о их происхождении.

О происхождении рубцов можно судить по их форме, посторонним включениям в ткани. Так рубцы от повреждений острыми орудиями имеют линейную форму, от огнестрельных — разнообразную, но иногда при выстрелах на близком расстоянии — имеют включение частичек пороха.

Давность происхождения рубцов определяется по их цвету, плотности, характеру рубцовой ткани. Рубцы в первое время после образования имеют синевато-фиолетовый оттенок. Постепенно окраска их бледнеет, и рубцы становятся бледнее окружающей ткани. Одновременно уменьшается и размер рубца и уплотнение рубцовой ткани. Старые рубцы по плотности могут напоминать хрящевую ткань.

Иногда для выявления посторонних включений, например металлических осколков, необходимо рентгеновское исследование рубца. Следует, однако, еще раз подчеркнуть, что экспертиза рубцов в большинстве случаев дает скромные результаты.

Тип оружия или орудия определяется на основании тех признаков, которыми характеризуются повреждения от тех или иных орудий.

Примеры:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

15 января 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры г. Л. юриста 3-го класса Сергеева от 14 января 1959 г. судебномедицинский эксперт бюро судебномедицинской экспертизы г. Л. Нестеров С. Л. в помещении бюро произвел освидетельствование гр-на Орлова И. В., 28 лет, для установления характера бывших у него повреждений.

Обстоятельства дела

Из материалов следственного дела известно, что Орлов подозревается в совершении убийства во время драки. Имеются данные, что он во время совершения преступления также получил повреждение. Орлов заявляет, что в июле 1957 года он вытаскивал из колодца ведро с водой при помощи вращения ручки барабана, на которую наматывалась цепь с прикрепленным к ней ведром. Случайно он отпустил ручку, и она под тяжестью ведра с водой, обратным ходом, сильно ударила его в грудь, причинив повреждение груди. Ручка, по словам Орлова, была железной, вставленной в деревянную трубку. При освидетельствовании Орлов подтвердил свои показания о механизме получения повреждения на груди и заявил, что в связи с этим повреждением за медицинской помощью не обращался.

Объективно: свидетельствуемый выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. На груди спереди по правой средне-ключичной линии, на уровне 3—9 ребер обнаружен веретенообразной

формы рубец, длиной 7 см, шириной в средней его части до 1 см, расположенный под углом 45° по отношению к средней линии тела. Верхний и нижний углы рубца острые. Края рубца ровные. Рубец тонкий, атрофичный, подвижный, имеет белесоватый цвет. Каких-либо других следов повреждений при освидетельствовании Орлова не обнаружено.

З а к л ю ч е н и е

На основании данных освидетельствования Орлова Н. В. прихожу к заключению, что имеющийся у него на груди рубец является следствием заживления резаной раны, на что указывают характерная форма рубца и наличие острых углов. Объяснения Орлова о механизме получения повреждения не соответствуют объективным данным.

Судебномедицинский эксперт (НЕСТЕРОВ)

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

29 октября 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры г. М. юриста 3-го класса Михайлова от 28 октября 1959 г. судебно-медицинский эксперт бюро судебномедицинской экспертизы г. М. Копылов Б. М. произвел освидетельствование гр-на Зыкова Ивана Николаевича, 40 лет, для разрешения следующих вопросов:

1. Имеются ли на теле гр-на Зыкова кожные рубцы и каково их происхождение.

2. Если рубцы имеются, то не явились ли они следствием огнестрельного ранения.

Обстоятельства дела

Свидетельствуемый рассказал эксперту о том, что он во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. получил на фронте огнестрельное ранение левой голени. Документов о бывшем ранении не имеет.

Объективно: свидетельствуемый правильного телосложения, удовлетворительного питания, среднего роста. На наружной поверхности левой голени, в средней ее трети, на расстоянии 30 см от подошвы имеется гипертрофического характера, неправильной формы рубец, размером 3×5 см, синюшно-красного цвета. Края рубца неровные. Поверхность рубца гладкая, блестящая. Рубец подвижный. При рентгеновском исследовании левой голени инородных тел не обнаружено.

З а к л ю ч е н и е

На основании данных освидетельствования гр-на Зыкова И. Н. прихожу к заключению, что имеющийся у него на левой голени рубец является следствием ожога, а не огнестрельного ранения.

Судебномедицинский эксперт (КОПЫЛОВ)

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

21 декабря 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры г. З. юриста 2-го класса Петрова от 19 декабря 1959 г. судебно-медицинский эксперт бюро судебномедицинской экспертизы г. З. Степанов А. В. в помещении бюро произвел освидетельствование гр-на Ляшковича И. П., 30 лет, для установления характера бывших у него повреждений.

Обстоятельства дела

Из материалов дела известно, что И. П. Ляшкович о происхождении имевшегося у него повреждения в области правой ягодицы давал противоречивые показания. Вначале заявил, что был ранен на фронте осколком гранаты в область правой ягодицы. Позднее он изменил показания и заявил, что зимой 1915 года нечаянно сел на гвоздь, после чего был «нарыв», и что ранения он не получал. При освидетельствовании Ляшкович подтвердил вторую версию о происхождении рубца.

Объективно: свидетельствуемый среднего роста, правильного телосложения, пониженного питания. Цвет кожных покровов и видимых слизистых бледноватый. В наружно-нижнем квадрате правой ягодицы имеется неправильно-круглой формы рубец, размером $2,5 \times 2$ см, несколько втянутый, коричневого цвета. Края рубца неровные. Рубец блестящий, с неровной, бугристой поверхностью, подвижный. При рентгеновском исследовании области таза инородных тел не обнаружено.

Заключение

На основании данных освидетельствования Ляшковича И. П. прихожу к заключению, что установить происхождение рубца, имеющегося в правой ягодичной области, в настоящее время не представляется возможным. Внешний вид рубца указывает на то, что в этой области имелся какой-то воспалительный процесс.

Судебно-медицинский эксперт (СТЕПАНОВ)

§ 68. Определение степени тяжести телесных повреждений

При определении степени тяжести телесного повреждения эксперт обязан применять указанную в ст.ст. 142 и 143 квалификацию. УК различает телесные повреждения: 1) тяжкие, 2) легкие, не опасные для жизни, но причинившие расстройство здоровья, 3) легкие, не причинившие расстройства здоровья.

При определении степени тяжести телесного повреждения эксперт обязан руководствоваться указаниями, имеющимися в статьях УК, и Правилами для составления заключения о тяжести повреждения¹.

Тяжкие телесные повреждения. В ст. 142 УК имеются указания о том, какие повреждения следует относить к тяжким: потеря зрения, слуха или какого-либо иного органа, неизгладимое обезображение лица, душевная болезнь или иное расстройство здоровья, соединенное со значительной потерей трудоспособности.

Пункт 8 Правил содержит дополнительные разъяснения к ст. 142 УК.

К тяжким телесным повреждениям следует отнести такие, которые по характеру своему опасны для жизни или

¹ Утверждены Наркомздравом и Наркомюстом 27 января 1928 г. («Бюллетень Наркомздрава» 1928 г. № 3).

повлекли за собою полную потерю функций такого важного органа, как зрения, слуха, руки, ноги, производительной способности, неизгладимое обезображение лица, душевную болезнь или иное расстройство здоровья, соединенное со значительной потерей трудоспособности, не ниже одной трети. Перечисленные признаки дают возможность и основание отнести повреждение, имеющее такие признаки, к разряду тяжких. В таких бесспорных случаях заключение может быть дано независимо от исхода травмы, без повторных освидетельствований. Необходимо, однако, более детально разобрать каждый из этих признаков.

Опасные для жизни повреждения. Часть 1 ст. 143 предусматривает легкие телесные повреждения, не опасные для жизни. Опасные для жизни повреждения относятся к тяжким повреждениям.

Что следует понимать под опасными для жизни повреждениями?

К опасным для жизни относятся повреждения, опасные для жизни в момент их нанесения, или такие, которые при обычном их течении приводят к очень тяжелым осложнениям или смертельному исходу.

Повреждения, опасные для жизни в момент нанесения, характеризуются тяжелыми грозными симптомами, свидетельствующими о том, что имеется непосредственная угроза жизни и что повреждение касается важных для жизни органов.

В ряде случаев такие повреждения приводят к смерти. Иногда же грозные симптомы стихают, общее состояние потерпевшего улучшается, через некоторое время у него полностью восстанавливается трудоспособность. Повреждение может не оставить после себя никаких стойких изменений, последствий, сказывающихся на состоянии здоровья. Тем не менее оно должно быть отнесено к разряду тяжких в силу опасности, которую это повреждение представляло для жизни в момент его нанесения. Примером может служить тяжелая степень сотрясения мозга или проникающее ранение грудной или брюшной полостей.

Пример: Человек упал навзничь, ударился затылком о камень и потерял сознание. Одновременно с потерей сознания появились рвота, судороги. Такое состояние продолжается в течение нескольких часов. Постепенно указанные явления стихли, сознание возвратилось, и через 16 дней пострадавший вернулся к своей обычной работе. Никаких последствий травмы в дальнейшем у него не отмечалось. Полученное им повреждение было отнесено к тяжким, так как оно сопровождалось угрожающими жизни явлениями сотрясения мозга.

Конечно, не всякое сотрясение мозга может и должно быть отнесено к тяжким повреждениям.

Тяжелые степени сотрясения мозга могут и должны быть отнесены к тяжким повреждениям.

Тяжелые степени сотрясения мозга, опасного для жизни состояния, должны расцениваться как тяжкое повреждение. В тех же случаях, где сотрясение мозга вызвало лишь кратковременную (8—10 дней) госпитализацию пострадавшего, оно должно быть отнесено к повреждениям легким, не причинившим расстройства здоровья.

Другим видом опасных для жизни повреждений будут повреждения, которые при обычном их течении приводят к тяжелым, опасным для жизни осложнениям или даже смертельному исходу. В силу, например, своевременно оказанной помощи, лечения, хороших защитных сил организма наступает благоприятный исход, без каких-либо последствий и стойкого расстройства здоровья.

Пример: Мужчина, около 40 лет, получил удар ножом в живот. Был доставлен в больницу. При осмотре у него обнаружили колото-резаную рану передней брюшной стенки, проникающую в брюшную полость с выпадением через нее сальника. Органы брюшной полости не повреждены. Рана была зашита, и через две недели больной выписался на работу. Полученное повреждение не оставило после себя никаких последствий, не вызвало утраты трудоспособности, но в этом случае повреждение расценено как тяжкое, ибо оно само по себе опасно для жизни.

Обычно проникающая рана брюшной полости осложняется воспалением брюшины (перитонитом), тяжелым, часто ведущим к смерти заболеванием. Опасными для жизни повреждениями следует считать ранения крупных сосудов. Своевременно оказанная помощь может предотвратить смертельное кровотечение. Однако повреждение все-таки будет считаться тяжким.

Для некоторых опасных для жизни повреждений ликвидация последствий их и выздоровление могут наступить в относительно короткий срок. У следователя или судьи могут возникнуть сомнения в правильности квалификации такого повреждения как тяжкого, ибо состояние здоровья потерпевшего может быть вполне удовлетворительным и трудоспособность полностью сохранится.

Потеря зрения. Под потерей зрения понимается полная неизлечимая слепота на оба глаза, а также невозможность различать очертания близких предметов. Потеря зрения на один глаз также оценивается как тяжкое повреждение по признаку значительной утраты трудоспособности.

Потеря слуха. Под потерей слуха понимается полная неизлечимая глухота на оба уха, а также невозможность слышать громкую речь на очень близком расстоянии.

Потеря речи (языка). Под потерей речи понимается неизлечимая потеря способности речи, то есть способности вы-

ражать свои мысли сочлененными звуками, понятными для окружающих.

Потеря руки, ноги. Под потерей руки, ноги понимается полное отделение конечности, а также и приведение их в состояние недеятельности.

Потеря производительной способности. Под потерей производительной способности понимается потеря способности к половому сношению, а также потеря способности к оплодотворению, зачатию и деторождению.



Рис. 121. Обезображение

Неизгладимое обезображение лица. Наличие обезображения устанавливается самим судом, а не экспертом. Объясняется это тем, что обезображение — понятие не медицинское и, следовательно, не относится к компетенции судебно-медицинского эксперта. Если суд устанавливает наличие обезображения лица, то эксперту надлежит установить изгладимость или неизгладимость обезображения, то есть излечимо или исправимо повреждение, вызвавшее обезображение, или нет (рис. 121). Если для устранения последствий повреждения необходимо хирургическое вмешательство, то такое повреждение является неизгладимым, так как хирургическое вмешательство связано с дополнительными страданиями.

Пример: После резаной раны лица остался рубец, обезображивающий лицо. Судебно-медицинский эксперт дал заключение о том, что рубец может быть удален хирургическим путем. Следовательно, в данном случае имеет место неизгладимое обезображение и повреждение подходит под признаки ст. 142 УК.

Значительная потеря трудоспособности. Под значительной потерей трудоспособности понимается расстройство здоровья, соединенное со стойкой потерей общей трудоспособности в объеме не ниже одной трети. При определении трудоспособности пользуются установленными группами инвалидности (см. ниже). Однако обычно судебные органы требуют определения потери трудоспособности в процентах.

Психическая болезнь. Определение психической болезни относится к компетенции судебнопсихиатрической экспертизы.

Мы разобрали те указания, которые имеются в ст. 142 УК и Правилах по поводу признаков тяжких телесных повреждений.

Легкие телесные повреждения, не опасные для жизни, но причинившие расстройство здоровья. Эти повреждения предусмотрены ч. 1 ст. 143 УК. В статье даны два признака этих повреждений: 1) они не опасны для жизни, 2) но причинили расстройство здоровья.

Признаки опасных для жизни повреждений мы разобрали.

Расстройство здоровья. Под расстройством здоровья понимается в данном случае постоянная потеря трудоспособности. Постоянная потеря общей трудоспособности свыше одной трети, как было указано, определяет тяжкое телесное повреждение.

К легким телесным повреждениям, причинившим расстройство здоровья, будут относиться повреждения, вызвавшие постоянную потерю общей трудоспособности не свыше одной трети (в пределах одной трети).

Расстройство здоровья может выражаться в виде или длительного нарушения функций какого-либо органа, или длительного заболевания, не опасного для жизни. Для работающих это будет характеризоваться временной нетрудоспособностью, когда по истечении более или менее продолжительного времени трудоспособность полностью восстанавливается. Продолжительность временной нетрудоспособности может колебаться в значительных размерах, от одного дня до нескольких недель и месяцев. Поэтому необходимо устанавливать определенную границу продолжительности временной нетрудоспособности, которая позволяла бы отграничивать повреждение легкое, причинившее расстройство здоровья, от повреждения легкого, не причинившего расстройства здоровья.

Правила предлагают относить длительное нарушение функции какого-нибудь органа или какие-либо заболевания длительные, но не опасные для жизни к легким телесным повреждениям, причинившим расстройство здоровья.

Под нарушением функции какого-либо органа следует понимать ослабление функции органов, например, зрения, слуха, речи, а также ноги или руки, но не полную потерю их.

Под длительным заболеванием понимают временную нетрудоспособность от 10 дней и более. Следовательно, если повреждение повлекло за собою временную нетрудоспособность свыше 10 дней, оно должно быть отнесено к легким, причинившим расстройство.

Таким образом, к повреждениям легким, но причинившим расстройство здоровья, относятся повреждения:

1) вызвавшие постоянную потерю общей трудоспособности в пределах, но не свыше одной трети;

2) вызвавшие временную нетрудоспособность · свыше 10 дней.

В обоих случаях повреждения не должны быть опасны для жизни.

Следует оговориться, что Правила не устанавливают срока длительности заболевания.

Легкие телесные повреждения, не причинившие расстройства здоровья. Эти повреждения предусмотрены ч. 2 ст. 143 УК. Признаками легкого телесного повреждения, не причинившего расстройства здоровья, являются: кратковременная нетрудоспособность или кратковременное ослабление функции какого-либо органа, или какое-либо незначительное, скоропроходящее заболевание, вызвавшее временную нетрудоспособность, — не свыше 10 дней.

Следовательно, к повреждениям легким, не причинившим расстройства здоровья, следует относить:

1) повреждения, вызвавшие временную нетрудоспособность, не свыше 10 дней;

2) повреждения, не вызвавшие и временной нетрудоспособности.

Подавляющее большинство повреждений на основании изложенных признаков без особых затруднений может быть отнесено по тяжести к соответствующей группе. В практике встречаются отдельные повреждения, тяжесть которых определить очень трудно: это повреждения, стоящие как бы на границе между двумя степенями тяжести повреждений: между повреждениями тяжкими и легкими, причинившими расстройство здоровья, между последними и легкими, не причинившими расстройства здоровья. Само собой разумеется также, что не может быть проведена четкая граница между отдельными группами повреждений. Может быть и так, что одно и то же повреждение в зависимости от исхода будет оцениваться не одинаково.

Пример: Не осложненный перелом бедра с полным восстановлением трудоспособности через 8 недель оценивается как повреждение легкое, причинившее расстройство здоровья. Неправильно сросшийся перелом бедра со значительным укорочением конечности или образованием ложного сустава будет оценен как повреждение тяжкое.

Поэтому такие «пограничные» по своей тяжести повреждения оцениваются в каждом отдельном конкретном случае на основании объективных данных к моменту освидетельстования.

ния, клинического течения, исхода повреждения, то есть по степени причиненного вреда.

В редких случаях, когда эксперт затрудняется определить тяжесть повреждения, он обязан в заключении детально изложить имеющиеся сомнения, объяснить особенности повреждения и трудности квалификации тяжести повреждения, представив свои соображения на усмотрение суда.

В ст.ст. 142—147 УК встречаются также указания на мучения, истязания и побои.

«Ст. 142, ч. 2 ...Если от такого повреждения последовала смерть или если она совершена способом, носящим характер мучения или истязания...

Ст. 146 ... Умышленное нанесение удара, побоев и иные насильственные действия, сопряженные с причинением физической боли...

Ст. 147, ч. 2. Лишение свободы способом, опасным для жизни или здоровья потерпевшего, или сопровождавшееся причинением ему физических страданий...»

Мучения, истязания и побои не составляют особого вида повреждений. Эти термины определяют происхождение повреждений и способ их нанесения.

Мучения. Мучениями называют действия, причиняющие жертве страдания путем лишения пищи, тепла, питья и свободы способом, опасным для жизни или здоровья лишенного свободы, и другими способами.

Истязания. Истязаниями называют действия, рассчитанные на причинение особенной боли: сечение розгами, щипание, множественные уколы и другие действия (рис. 122).

Побои. Побоями называют нанесение множественных ударов.

Таковы основные вопросы экспертизы при несмертельных повреждениях.

Примеры:

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

19 января 1959 г. на основании постановления старшего следователя прокуратуры г. Л. юриста 2-го класса Новикова Ф. П. судебно-медицинский эксперт бюро судебно-медицинской экспертизы г. Л. Сидоров в городской



Рис. 122. Следы множественных кровоподтеков различной давности. Истязание

больнице произвел освидетельствование гр-на Якушина Вадима Михайловича, 25 лет, для установления характера и степени тяжести полученных им телесных повреждений.

Обстоятельства дела и документальные данные

Из постановления известно, что 15 января 1959 г. во время ссоры Кукушкин нанес ножевое ранение гр-ну Якушину. Последний машиной скорой помощи был доставлен в городскую больницу.

Из истории болезни № 161 известно, что Якушин поступил в больницу 15 января 1959 г. с диагнозом: колотая рана грудной клетки слева, открытый пневмоторакс, коллапс правого легкого. Общее состояние тяжелое. Губы синюшны, дыхание поверхностное. Слева дыхание резко ослаблено. Подкожная эмфизема в подмышечной области слева. На груди слева, по задней подмышечной линии, на уровне 6-го межреберья имеется рана с ровными краями, размерами 1,5 × 0,3 см, в виде открытого угла. Произведена ваго-симпатическая блокада. Край иссечен и рана расширена на 2 см книзу и 2 см кверху. Раневой канал проходит до 5-го межреберья. Наложены швы. 16 января состояние удовлетворительное. Губы цианотичны. Дыхание 28 в 1 минуту. В легких справа резко ослабленное дыхание. Подкожная эмфизема держится. В последующие дни состояние улучшается. Одышки, цианоза нет. На рентгенограмме от 18 января 1959 г. в левом синусе небольшое количество жидкости.

Свидетельствуемый гр-н Якушин рассказал, что 15 января около 9 часов вечера он в столовой поссорился с Кукушкиным, который сначала ударил его кулаком, а потом — ножом. Сразу стало тяжело дышать. В настоящее время жалуется на боли в боку.

Данные объективного исследования: по задне-подмышечной линии слева, на уровне угла лопатки — хирургически обработанная рана, длиной 6 см, с краями, стянутыми швами. Одежда, бывшая на Якушине в день происшествия, экспертизе не представлена.

Заключение

На основании судебномедицинского освидетельствования Якушина В. М. и данных истории его болезни прихожу к следующему заключению:

1. Якушин В. М. имеет проникающее ранение грудной клетки, сопровождавшееся открытым пневмотораксом и спадением (коллапсом) правого легкого.

2. Данное повреждение причинено одним ударом колюще-режущего орудия, например ножом, является опасным для жизни в момент получения и поэтому относится к разряду тяжких.

Судебномедицинский эксперт (СИДОРОВ)

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

29 июня 1959 г. на основании постановления следователя Н-ского района г. М. юриста 3-го класса Седова Т. Н. от 26 июня 1959 г. судебномедицинский эксперт бюро судебномедицинской экспертизы г. М. Рогов И. М. в помещении бюро произвел освидетельствование гр-на Михайлова Сергея Павловича, 41 года, для установления степени тяжести полученных им повреждений.

Обстоятельства дела и документальные данные

Из постановления о назначении экспертизы известно, что 12 мая 1959 г. во время перехода улицы гр-н Михайлов был сбит автомашиной «Победа» и с места происшествия направлен в городскую больницу.

В истории болезни № 6782 указано, что Михайлов поступил в больницу в удовлетворительном состоянии, в сознании. Пульс 80 ударов в 1 минуту, кровяное давление 120/75. В средней трети правой голени отмечается ненормальная подвижность костей. На рентгенограмме обнаружен закрытый, поперечный перелом обеих костей правой голени в верхней трети, без смещения отломков. На конечность наложена гипсовая повязка. В последующие дни состояние пострадавшего удовлетворительное. Через 1 месяц гипс снят. 25 июня выписан из больницы.

Окончательный диагноз: закрытый перелом обеих костей правой голени, без смещения.

Жалобы: на незначительные боли при движении в месте бывшего перелома.

Данные объективного исследования: свидетельствуемый 170 см роста, правильного телосложения, хорошего питания. В средней трети голени, на расстоянии 35 см от подошвы, прощупывается мягкая костная мозоль большеберцовой кости. Функция конечности сохранена в полном объеме.

Заключение

На основании данных освидетельствования гр-на Михайлова С. П. и сведений, имеющих в копии истории болезни № 6782, прихожу к заключению, что полученные им повреждения не были опасными для жизни, не вызвали постоянной потери трудоспособности, но повлекли за собой длительное заболевание и поэтому относятся к разряду легких, причинивших расстройство здоровья.

Судебномедицинский эксперт (РОГОВ)

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

4 июня 1959 г. по предложению прокурора Н-ского района г. П. юриста 4-го класса т. Попова от 2 июля 1959 г. судебномедицинский эксперт бюро судебномедицинской экспертизы г. П. Лазарев Н. В. в помещении бюро произвел освидетельствование гр-на Симонова Леонида Петровича, 26 лет, для установления характера и степени тяжести бывших у него повреждений.

Обстоятельства дела и документальные данные

Из постановления о назначении экспертизы известно, что 20 июня 1959 г. в столовой, во время обеда, возникла ссора между гр-ном Симоновым и неизвестным мужчиной, который находился в состоянии алкогольного опьянения. Во время ссоры неизвестный нанес Симонову по голове удар металлическим чайником. Пострадавший был направлен в больницу.

В копии истории болезни № 325 указано, что Симонов поступил в больницу в удовлетворительном состоянии. Потери сознания, рвоты, тошноты после получения травмы не было.

В правой теменной области обнаружена неправильно-линейной формы рана размером 3 × 0,3 см, с неровными ушибленными краями, с тканевыми перемычками в глубине, умеренно кровоточащая. При рентгеноскопии черепа повреждений костей не обнаружено. Произведена хирургическая

обработка раны, заключающаяся в иссечении краев и наложении швов. В последующие дни состояние пострадавшего удовлетворительное.

Невропатолог никаких отклонений от нормы со стороны центральной нервной системы не обнаружил. Рана зажила первичным натяжением. Выписан из больницы 27 июня 1959 г. в хорошем состоянии.

Окончательный диагноз: ушибленная рана мягких тканей головы. В настоящее время жалоб не предъявляет.

Данные объективного исследования: свидетельствуемый правильного телосложения, удовлетворительного питания. В правой теменной области обнаружен линейный, неокрепший рубец, размером $4 \times 0,2$ см, идущий спереди назад. Рубец розоватого с синюшным оттенком цвета. Местами рубец покрыт буроватыми корочками. Рубец мягкий, подвижный. Окружающие рубец мягкие ткани несколько уплотнены. Со стороны черепно-мозговых нервов отклонений от нормы не обнаружено.

Заключение

На основании данных освидетельствования гр-на Симонова Л. П. и изучения копии истории болезни № 325 прихожу к заключению, что у него имелась ушибленная рана мягких тканей головы. Это повреждение получено от действия тупого твердого предмета, возможно от удара по голове чайником, не опасно для жизни, повлекло за собою кратковременное заболевание и поэтому относится к разряду легких, не причинивших расстройства здоровья.

Судебномедицинский эксперт (ЛАЗАРЕВ)

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

13 мая 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры г. Г. юриста 2-го класса Благоева В. Б. от 12 марта 1959 г. судебно-медицинский эксперт бюро судебно-медицинской экспертизы г. Г. Степанов И. А. в помещении бюро произвел освидетельствование гр-ки Шуйской Марии Васильевны, 27 лет, для установления характера и степени тяжести бывших повреждений.

Обстоятельства дела

Из постановления о назначении экспертизы известно, что 20 марта 1959 г. гр-ка Шуйская была у своей подруги, где познакомилась с гр-ном Б. Примерно около часа ночи гр-ка Шуйская пошла домой, но во дворе дома подруги ее остановил гр-н Б. Последний нанес ей несколько ударов по лицу кулаком, а затем каким-то острым предметом нанес множественные ранения лица. С места происшествия гр-ка Шуйская была направлена в больницу. В выписке из истории болезни № 1981, составленной в городской больнице на Шуйскую М. В., указано, что у нее были обнаружены резаные раны лица и сотрясение головного мозга в легкой степени. На раны лица были наложены хирургические швы. Раны на левой щеке и верхней губе зажили первичным натяжением, раны в подбородочной области зажили вторичным натяжением. Больная была выписана из больницы 5 апреля 1959 г.

Объективно: свидетельствуемая среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. В области левой скуловой дуги имеется дугообразной формы, розового цвета рубец, размерами $3,5 \times 0,1$ см. Рубец несколько возвышается над уровнем окружающей кожи, спаян с подлежащими тканями. Посредине верхней губы имеется вертикальный рубец, переходящий на слизистую губы, размером $1,5 \times 0,1$ см. От левого угла

рта по направлению к углу нижней челюсти идет линейной формы рубец, длиной 6 см, шириной до 0,2 мм. От нижнего края этого рубца вдоль горизонтальной ветви нижней челюсти, через область подбородка, идет неправильно зигзагообразной формы рубец, размером $7 \times 0,2-0,3$ см. От середины этого рубца почти под прямым углом отходит еще один рубец полулунной формы, размером $2 \times 0,2$ см. Все описанные рубцы несколько втянуты, мало подвижны, имеют розоватый цвет. По бокам от этих рубцов видны следы от бывших хирургических швов. Левый угол рта опущен. Левая носогубная складка сглажена. Татильная и болевая чувствительность в области подбородка местами отсутствует, местами резко понижена. Рубцы на лице были сфотографированы.

З а к л ю ч е н и е

На основании данных судебномедицинского освидетельствования гр-ки Шуйской М. В. и записей, имеющих в истории болезни, прихожу к следующему заключению:

1. У гр-ки Шуйской на лице имеются рубцы после заживления множественных резаных ран лица.

2. Сами по себе эти повреждения не опасны для жизни, но повлекли за собой длительное заболевание и поэтому относятся к разряду легких, причинивших расстройство здоровья.

3. Анатомические черты лица у гр-ки Шуйской М. В. искажены, рубцы на лице могут быть удалены только хирургическим вмешательством и поэтому являются неизгладимыми.

Судебномедицинский эксперт (СТЕПАНОВ)

§ 69. Экспертиза заражения венерической болезнью

В капиталистических странах неизбежным злом, порождаемым капиталистическим обществом, является огромный рост венерических болезней, связанный с проституцией, все ухудшающимся материальным обеспечением народных масс, необеспеченностью медицинской помощью.

В СССР улучшение экономического благосостояния и повышение культурного уровня населения наряду с большими успехами здравоохранения имели следствием резкое снижение заболеваемости заразными формами венерических болезней.

Ликвидированы такие венерические болезни, как мягкий шанкр и четвертая венерическая болезнь. В некоторых областях СССР зарегистрированы лишь единичные случаи свежих форм сифилиса¹. Заведомое заражение и даже поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью строго карается советским законом.

Заражение венерической болезнью может быть при изнасиловании и развратных действиях, утяжеляя эти преступления, а также при добровольно совершаемом половом акте. Заражение наблюдается преимущественно при случайных половых свя-

¹ См. «Вестник венерологии и дерматологии» 1953 г. № 1.

зях. Имеет место заражение венерической болезнью среди супругов, в свою очередь заразившихся от случайной связи. В некоторых случаях венерическая болезнь может протекать скрытно. Например, у женщин первичная сифилитическая язва может располагаться глубоко во влагалище, на шейке матки, так что женщина может и не подозревать о своем заболевании. Гонорея после острого периода может перейти в хроническую форму со скудными выделениями гнойного секрета, с отсутствием в нем возбудителя гонореи — гонококка. Такой субъект может считать себя выздоровевшим и даже получить об этом соответствующую справку от лечебного учреждения. Хроническая гонорея у женщин также может протекать скрытно, и иной раз женщина, больная хронической гонореей, продолжает половую жизнь с мужем, не заражая его. При случайной связи с другим мужчиной она может его заразить.

Экспертиза по поводу заражения венерической болезнью относится к сложным, трудным. Задача эксперта несколько облегчается, если у обоих исследуемых имеются явно выраженные признаки заболевания с различной остротой проявления или в различных стадиях. Например, если у мужчины обнаруживается вторичная стадия сифилиса, а у женщины — первичный сифилитический склероз, то заражение могло быть произведено мужчиной, а не женщиной. Когда же у обоих свидетельствуемых стадия болезни или остаток проявления ее однотипны, установить виновника заражения трудно, а иногда и невозможно. Существенное, а иногда и решающее значение при этой экспертизе имеет соответствующий подбор всех медицинских документов, относящихся к лечению обоих субъектов, по которым можно иногда установить дату первого обращения в лечебное учреждение, картину заболевания и уже на этом основании делать выводы.

Диагностика венерического заболевания устанавливается необходимым клиническим обследованием обоих субъектов. В тех случаях, когда вопрос о заражении возникает при исследовании трупа, необходимо производить соответствующие лабораторные исследования — бактериоскопическое, бактериологическое, серологическое и гистологическое — болезненно измененных тканей и органов. На свежих трупах можно проводить и серологическую реакцию Вассермана для установления сифилиса.

Примеры:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

18 августа 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры Н-ского района г. Т. юриста 2-го класса Свечнева от 31 июля 1959 г. комиссия в составе: судебномедицинского эксперта бюро судебномедицин-

ской экспертизы г. Т. Петрова В. А., специалиста-венеролога поликлиники Репина К. И. и судебномедицинского эксперта Сомова А. М., закончила изучение материалов по делу Кротова Ивана Петровича.

На разрешение судебномедицинской экспертизы поставлены следующие вопросы:

1. Не болеет ли в настоящее время Кротов И. П. венерическим заболеванием и каким именно.

2. Болел ли он сифилисом в 1958 году.

Обстоятельства дела

Из материалов дела установлено, что 9 марта 1952 г. Кротов И. П. зарегистрировал брак с гр-кой Тарасовой Александрой Петровной и некоторое время проживал с ней в г. Т.

В 1953 году он был переведен в г. С., где 14 февраля 1953 г. вступил в брак с гр-кой Лаптевой Анной Григорьевной. Проживая в г. С. с Лаптевой, Кротов неоднократно приезжал в г. Т., где останавливался у Тарасовой, с которой жил супружеской жизнью. Последний раз Кротов имел половое сношение с Тарасовой в конце апреля 1958 года. Как явствует из материалов дела, гр-ка Тарасова 6 июня 1958 г. была помещена в районную больницу. Согласно неполной копии истории болезни № 2841 районной больницы Тарасова доставлена в больницу скорой помощью с улицы, где у нее закружилась голова и она потеряла сознание. Больной себя считает с 5 мая 1958 г., когда появились сильные головные боли. С апреля 1958 г. после полового сношения с мужем у нее появились бели. Она обратилась к врачу, который провел анализ крови на сифилис. При трехкратном исследовании были установлены положительные результаты. В районную больницу больная поступила с диагнозом: острый базиллярный менингит (люэтический). Консультирующий в больнице больную врач-офтальмолог установил при исследовании глазного дна специфическую атрофию соска правого зрительного нерва. В больнице больная находилась по 10 июля 1958 г. и выписалась с диагнозом: органическое заболевание центральной нервной системы (специфическое) для дальнейшего поликлинического лечения. Данных в материалах дела о венерологическом обследовании гр-ки Тарасовой в момент ее заболевания (апрель—май) не имеется, также нет данных о том, не находилась ли она на учете в районном вендиспансере по поводу сифилиса до 1958 года.

5 января 1959 г. гр-ка Тарасова была освидетельствована в бюро судебномедицинской экспертизы для определения процента утраты трудоспособности в связи с заболеванием сифилисом. Комиссия определила процент утраты общей трудоспособности в 50%. Других медицинских документов, относящихся к заболеванию Тарасовой, в деле не имеется. Кротов Иван Петрович не отрицает факта полового сношения с Тарасовой в апреле 1958 года, однако отрицает наличие у себя в то время какого-либо венерического заболевания, а следовательно, и заражения гр-ки Тарасовой в апреле 1958 года сифилисом. В 1959 году неоднократно Кротов И. П. подвергался медицинским освидетельствованиям. Согласно медицинской справке, выданной 22 февраля 1959 г. районным врачом, Кротов И. П. прошел медицинское обследование, при котором внешних проявлений заболевания не обнаружено. В анализе крови по Вассерману № 48, выданной районной лабораторией 9 февраля 1959 г., указано, что серологические реакции по Вассерману, Кану и цитохолевая дали отрицательные результаты. Кротов И. П. 31 июля 1959 г. был обследован в поликлинике г. Т. специалистом по кожно-венерическим болезням. Согласно справке, выданной поликлиникой 31 июня 1959 г. за № 470, при обследовании Кротова И. П. «клинических и серологических проявлений сифилиса не обнаружено... Болел ли он в прошлом сифилисом, ответить не представляется возможным». В заключении

лаборатории поликлиники г. Т. от 20 июля 1959 г. указано, что исследование крови Кротова на реакции Вассермана, Кана и цитохолесу давали отрицательный результат.

В материалах дела имеются справки, полученные из различных лечебных учреждений г. С., там, где находился Кротов в 1957 году, свидетельствующие о том, что Кротов в период 1957 и 1958 годов в лечебные учреждения г. С. по поводу заболевания сифилисом не обращался и не лечился в г. С. В деле также имеется справка областного кожно-венерологического диспансера от 17 апреля 1959 г. о состоянии здоровья второй жены Кротова, в которой указано, что гр-ка Лаптева А. Г. (история болезни № 7237) обследована в областном вендиспансере 14 апреля 1959 г. При осмотре видимых признаков вензаболеваний не обнаружено. Реакция Вассермана и осадочные реакции от 16 апреля 1959 г. — отрицательный результат. Других медицинских данных в материалах дела не имеется.

З а к л ю ч е н и е

На основании имеющихся материалов дела, медицинских документов комиссия приходит к следующему заключению:

1. В настоящее время у гр-на Кротова И. П. каких-либо клинических признаков и серологических проявлений сифилиса не отмечено.

2. Установить, болел ли он в прошлом сифилисом, не представляется возможным.

3. Из имеющихся в деле медицинских документов следует, что у Тарасовой с 6 июня 1958 г. установлено сифилитическое поражение центральной нервной системы. Сифилис центральной нервной системы едва ли мог развиться в течение 1,5 месяца с момента заражения. Для этого развития требуется более длительный срок, поэтому следует считать, что указанное заболевание Тарасовой едва ли могло возникнуть в результате заражения ее сифилисом 23 апреля 1958 г.

4. Комиссия считает целесообразным уточнить вопрос о том, не болела ли гр-ка Тарасова сифилисом до 23 апреля 1958 г. путем проверки медицинских документов районной поликлиники, районного городского и областного вендиспансера.

Судебномедицинский эксперт (ПЕТРОВ)

Специалист-венеролог (РЕПИН)

Судебномедицинский эксперт (СОМОВ)

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1 августа 1959 г. на основании постановления районного следователя прокуратуры Н-ского района г. К. юриста 3-го класса Петрова от 31 июля с. г. мною, судебномедицинским экспертом бюро судебномедицинской экспертизы г. К. Никоновым М. И., произведено освидетельствование гр-н П. и Г. для установления срока заражения их венерической болезнью — сифилисом.

Обстоятельства дела

Расследованием установлено, что Г. занимался мужеложством. Так, в мае 1958 года Г. совершил противозаконное половое сношение с Р., а в декабре 1958 года — с П.

П. на допросе его следователем показал, что 6 декабря 1958 г. Г. пригласил его к себе домой, где угостил водкой, а затем уговорил его и имел с ним половой акт в задний проход. Приблизительно через месяц после

этого П. почувствовал зуд в окружности заднего прохода и обратился в поликлинику. Вначале ему выписали свечи, но это не помогло и 15 февраля 1959 г. направили в больницу, где после осмотра сказали, что он болен сифилисом. П. считает, что сифилисом его заразил Г. Допрошенный в связи с этим Г. отрицал совершение противоестественных половых сношений с П. и другими и показал, что 10 октября 1957 г. он имел половую связь с незнакомой женщиной, которую звали Полей; ее фамилии и местожительства он не знал; около середины ноября 1957 года Г. почувствовал болезненность на головке полового члена, обратился к врачу и был направлен в больницу.

В истории болезни № 2117 городской больницы Г. — С. П. поступил в больницу 20 ноября 1957 г. При осмотре его было обнаружено: «...в области венечной бороздки полового члена имеются 3 одинаковых язвы — 2 располагаются справа, возле уздечки, и расположены «по берегам» борозды, одна против другой, 3-я расположена в борозде слева, возле уздечки. Язвы имеют круглую форму, поверхностные, дно блюдечкообразное, без «венечка», сидят на плюс — веществе; дно покрыто гноевидным налетом. На ощупь язвы очень плотны (склерозированные), ощупывание вызывает лишь незначительную болезненность». При исследовании сока из язв обнаружена бледная спирохета.

Диагноз: сифилис I (твердый шанкр). Из истории болезни № 11102 той же больницы П. — В. И. поступил в больницу 15 февраля 1958 г. При объективном обследовании у него обнаружено: «...зев слегка гиперемирован, голос несколько осипший, кожные покровы чистые; в ягодичных складках возле заднего прохода, вокруг него, имеются плоские, слегка мокнущие, беловатые папулы, кондиломы и бородавчатые образования; паховые лимфатические железы увеличены, с «вишню», плотноваты, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны». Реакция Вассермана и осадочные реакции положительны. Диагноз: сифилис II, рецидивный.

Следователем поставлены следующие вопросы:

- 1) Какое венерическое заболевание было обнаружено у П.
- 2) Срок заражения и начало заболевания у П.
- 3) Какое венерическое заболевание установлено у Г.
- 4) Срок заражения и начало заболевания у Г.
- 5) Мог ли Г. заразиться от П. при условии, что Г. имел половое сношение с П., выполняя роль активного педераста 8 или 9 декабря 1958 г.
- 6) Мог ли П. заразиться от Г. при условии, что П. имел сношение с Г., выполняя роль пассивного педераста 8 или 9 декабря 1958 г.
- 7) Можно ли допустить, что Г., имея половое сношение с не известной ему женщиной — Полей в октябре 1957 года, мог заразиться от нее.
- 8) Подвергнуть Г. и П. судебно-медицинскому освидетельствованию для установления изменений, которые могли возникнуть при противоестественных половых сношениях в задний проход, учитывая предположение, что Г. выполнял роль активного, а П. — пассивного педераста.

Объективные данные: при осмотре Г. и П. никаких анатомических изменений в области половых органов и заднепроходных отверстий ни у одного из них не обнаружено.

Заключение

На основании данных обстоятельств дела и данных медицинских документов (историй болезней) прихожу к следующему заключению:

- 1) У П. 15 февраля 1958 г. был обнаружен вторичный, рецидивный сифилис.
- 2) Учитывая, что у П. 15 февраля 1958 г. был обнаружен вторичный сифилис, нужно полагать, что первичное заражение сифилисом у П. произошло 7—8 месяцев тому назад (примерно, в августе 1957 г.).
- 3) у Г. 24 ноября 1957 г. был обнаружен первичный сифилис.

4) Учитывая, что у Г. 24 февраля 1959 г. был обнаружен первичный сифилис, нужно полагать, что заражение Г. сифилисом произошло в конце октября — начале ноября 1958 года.

5) Если допустить, что Г. выполнял роль активного педераста и, как видно из материалов уголовного дела, имел половое сношение с П. 8 или 9 декабря, который по времени уже болел сифилисом, то заражение Г. сифилисом произошло от П.

6) П. от Г. заразиться сифилисом не мог.

7) Если Г. имел половую связь с неизвестной женщиной — Поден 10 октября 1957 г. и последняя была больна сифилисом, то Г. мог заразиться сифилисом от этой женщины.

8) В настоящее время никаких анатомических изменений ни у Г., ни у П. в области половых органов и заднего прохода не отмечается.

Судебномедицинский эксперт (НИКОНОВ)

§ 70. Определение потери трудоспособности

Необходимость определения потери трудоспособности возникает обычно в гражданском процессе при определении размеров гражданского иска, предъявляемого в связи с полученным увечьем. Предварительно необходимо остановиться на некоторых общих вопросах, связанных с экспертизой трудоспособности.

Согласно ст. 120 Конституции СССР «граждане СССР имеют право на материальное обеспечение в старости, а также — в случае болезни и потери трудоспособности».

Это право обеспечивается широким развитием социального страхования рабочих и служащих за счет государства, бесплатной медицинской помощью трудящимся, предоставлением в пользование трудящимся широкой сети курортов».

Конституция СССР обеспечивает государственное страхование всего населения. На социальное страхование в СССР расходуются огромные суммы. В Советском Союзе социальное страхование распространяется на всех рабочих и служащих. Взнос на социальное страхование вносят наниматели. Социальное страхование обеспечивает рабочих и служащих пособиями по временной нетрудоспособности вследствие болезни, увечья, ухода за больными и по карантину, беременности и родам.

Пенсии выплачиваются по инвалидности в связи с полной или частичной стойкой потерей трудоспособности, по возрасту и выслуге лет. Размер пенсии по инвалидности определяется группой инвалидности по заключению врачебно-трудовой экспертной комиссии, трудовым стажем, причиной инвалидности и другими моментами.

Инвалидность может возникнуть в связи с травмой, полученной случайно в результате несчастного случая, нападения и т. п. Определение групп инвалидности, произведенное врачебно-трудо-

вой экспертной комиссией, может оспариваться в судебном порядке. В таких случаях возникает необходимость установить потерю трудоспособности проведением судебно-медицинской экспертизы. При определении размеров иска суд обычно требует установить не только группы инвалидности, но главным образом — определить размеры потери трудоспособности в процентах.

Общая трудоспособность определяет способность человека производить работу не профессионального характера.

Профессиональная трудоспособность — способность к работе в различных профессиях.

Специальная трудоспособность — способность к работе в определенной специальности.

Пример: Нотариус, потерявший в результате трамвайной травмы три пальца на левой руке, теряет общую трудоспособность, но сохраняет профессиональную, так как может работать во многих профессиях, кроме своей основной, и сохраняет специальную трудоспособность, так как может продолжать работать нотариусом.

Пианист, потерявший те же три пальца левой руки, теряет и общую и специальную трудоспособность, но сохраняет профессиональную. Он не может быть больше пианистом, но может работать полноценно во многих профессиях.

Человек, получивший травму головы с повреждением мозга, может потерять и общую, и профессиональную, и специальную трудоспособность.

Задачей экспертизы при определении утраты трудоспособности является установить:

- 1) трудоспособен свидетельствуемый или нетрудоспособен;
- 2) если нетрудоспособен, то является ли нетрудоспособность временной или стойкой;
- 3) какова степень стойкой утраты трудоспособности и чем она обоснована;
- 4) каковы причины нетрудоспособности;
- 5) каковы мероприятия, в которых нуждается больной для восстановления трудоспособности;
- 6) какие трудовые функции доступны свидетельствуемому и вытекающие отсюда трудовые рекомендации;
- 7) какой срок повторного освидетельствования.

Эти же самые вопросы приходится разрешать и при судебно-медицинской экспертизе утраты трудоспособности.

Временная нетрудоспособность, то есть утрата трудоспособности на некоторый период времени с последующим восстановлением, определяется лечащим врачом и врачебно-контрольными комиссиями (ВКК). Документом, удостоверяю-

щим временную нетрудоспособность, является больничный лист.

Экспертиза стойкой нетрудоспособности (инвалидности) производится врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК).

Судебномедицинская экспертиза стойкой нетрудоспособности производится при областных и городских бюро судебномедицинской экспертизы особой комиссией по трудовой экспертизе, состоящей из нескольких врачей-специалистов: терапевта, хирурга, невропатолога, судебномедицинского эксперта. При необходимости к участию в комиссии привлекаются и другие специалисты: гинеколог, врач по глазным болезням, болезням уха, горла и носа и другие.

Стойкой нетрудоспособностью (инвалидностью) называется нетрудоспособность, которая не может быть восстановлена или же восстановление которой частично возможно лишь спустя продолжительный срок.

Поэтому при экспертизе утраты трудоспособности комиссия выносит решение иногда лишь на определенный срок с обязательным переосвидетельствованием, например через полгода.

В настоящее время различают три группы инвалидности:

I группа — лица, не пригодные ни к какому труду и нуждающиеся в постороннем уходе.

II группа — лица, не пригодные ни к какому профессиональному труду, но не нуждающиеся в постороннем уходе.

III группа — лица, не пригодные к труду своей профессии в обычных условиях, но могущие работать либо в той же профессии, но при значительно облегченных условиях, либо в новой профессии (и в том и в другом случае со снижением квалификации).

Определение утраты трудоспособности в процентах в СССР в трудовой экспертизе не применяется. Однако в судебной и страховой практике требуется определять утрату трудоспособности именно только в процентах. Поэтому судебномедицинские экспертные комиссии вынуждены прибегать к определению процента утраты трудоспособности.

Требование суда устанавливать размеры утраты трудоспособности в процентах объясняется необходимостью определять размеры иска, исходя из объема утраты трудоспособности в процентах.

В настоящее время для определения процента утраты трудоспособности пользуются официальной инструкцией для доверенных врачей и старших врачей управлений Госстраха о порядке врачебного освидетельствования страхователей от 11 декабря 1956 г. № 446.

ТАБЛИЦА¹
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОЦЕНТА ПОСТОЯННОЙ УТРАТЫ
ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ
(применяется при выплате страховой суммы)

Процент утраты
трудоcпособности

1. Центральная и периферическая нервная система

Ст. 1. Стойкие тяжелые болезненные явления после травмы черепа (головного мозга) — душевные расстройства, слабоумие, частые эпилептические припадки, параличи, атаксия, афазия, апраксия, агнозия, нарушение схемы тела, значительные вестибулярные расстройства	100
Ст. 2. Стойкие, но менее тяжелые болезненные явления после травмы черепа (головного мозга) — расстройства объема движений и силы в конечностях, нарушение координации, гиперконеизы, значительное расстройство тонуса, эпилептические припадки, значительное ослабление памяти, интеллекта, слабоумие	от 70 до 90
Ст. 3. Остаточные явления после сотрясения (контузии) головного мозга — органическое поражение черепно-мозговых нервов, посткоммоционный невроз при наличии стойких резидуальных явлений после лечения, гормональная дисфункция, нарушение обмена, нечастые пароксизмальные синдромы, вестибулярные кризы, нечастые эпилептические припадки, расстройство специальных органов чувств — обоняния, вкуса	от 30 до 60
Ст. 4. Незначительные остаточные явления после сотрясения мозга (без нарушения целостности костей черепа), сопровождающиеся все же объективными признаками: сглаженностью носогубной складки, неравенством глазных щелей и др.	от 15 до 25
Ст. 5. Остаточные явления после ушиба головы, не подтвержденные объективными признаками при освидетельствовании, но установленные данными динамического наблюдения пострадавшего в лечебном учреждении после несчастного случая — упорные головные боли, головокружения, раздражительность, повышенная утомляемость, расстройство сна, потливость, вегетативные симптомы и др.	10
Ст. 6. Последствия повреждений спинного мозга или его оболочек, сопровождающиеся нарушением функции конечностей, расстройством тазовых органов:	
в легкой степени	20
в средней степени	40
в сильной степени	от 60 до 100
Ст. 7. Травматический радикулит	от 10 до 25

¹ Инструкция о порядке врачебного освидетельствования страхователей от 11 декабря 1956 г. № 446, изданная Министерством финансов СССР Главного управления государственного страхования СССР, М., 1956.

Продолжение

Процент утраты
трудоспособности

в обоих глазах	{	при сужении поля зрения до 60°	20
		при сужении поля зрения до 30°	45
		при полном сужении поля зрения или	
		до 5°	100

Ст. 13. Птоз (опущение века) и другие параличи:

одного глаза	{	в средней степени	10
		в сильной степени	20
обоих глаз	{	в средней степени	25
		в сильной степени	50

Ст. 14. Дефект век, мешающий закрытию глазной щели:

одного глаза	{	в средней степени	10
		в сильной степени	20
обоих глаз	{	в средней степени	30
		в сильной степени	60

Ст. 15. Неполное сращение век, мешающее движению глаз:

одного глаза	15
обоих глаз	35

Ст. 16. Пульсирующий экзофтальм:

в легкой степени	50
в средней степени	75
в сильной степени	100

Ст. 17. Хронический травматический конъюнктивит 10

III. Органы слуха

Ст. 18. При понижении слуха процент утраты трудоспособности определяется по нижеследующей таблице:

Состояние слуха левого уха	Состояние слуха правого уха			
	Нормальный слух	Пониженный слух в средней степени (шепотная речь на расстоянии не больше 1 м)	Пониженный слух в сильной степени (шепотная речь 0)	Полная глухота
Нормальный слух	0	5	10	15
Пониженный слух в средней степени (шепотная речь на расстоянии не больше 1 м)	5	15	20	25
Пониженный слух в сильной степени (шепотная речь 0) .	10	20	30	35
Полная глухота	15	25	35	50

Продолжение

Процент утраты
трудоспособности

Ст. 19. Хроническое гнойное воспаление среднего уха типа мезотимпанита	15
Ст. 20. То же типа эптитимпанита или эптитимпанит, осложненный холестеатомой, грануляциями	25
Ст. 21. Объективные нарушения вестибулярной функции:	
в легкой степени	10
в средней степени	40
в сильной степени	70
Ст. 22. Потеря одной ушной раковины	10
Потеря обеих ушных раковин	20

IV. Верхние дыхательные пути, органы дыхания

Ст. 23. Потеря носа или части его	от 10 до 30
Ст. 24. Нарушение носового дыхания (перелом костей носа, сращение и др.):	
в легкой степени	10
в средней степени	20
в сильной степени	30
Ст. 25. Гнойное заболевание придаточных полостей носа	от 15 до 25
Ст. 26. Афония (потеря голоса)	25
Ст. 27. Повреждение гортани, сопровождающееся нарушением функции:	
в легкой степени	25
в средней степени	50
в сильной степени (при постоянном ношении трахеотомической трубки)	70
Ст. 28. Потеря речи от повреждения голосовых связок и органов речи	40
Ст. 29. Затруднение речи	15
Ст. 30. Уменьшение подвижности грудной клетки вследствие различных повреждений ее (перелом ребер, рубцы):	
в легкой степени	5
в средней степени	15
в сильной степени	30
Ст. 31. Деформация грудной клетки, резко выраженная	40
Ст. 32. Стойкие остаточные явления после травматического плеврита, уменьшение дыхательных движений легкого, уменьшение дыхательной поверхности вследствие сращения с окружающими частями, спадения и пр.:	
в легкой степени	15
в средней степени	30
в сильной степени	60
Ст. 33. Хроническое заболевание легочной ткани и плевры — в зависимости от тяжести поражения	от 25 до 100

V. Органы кровообращения

Ст. 34. Органические болезни сердца, оболочек его и сосудов — в зависимости от степени нарушения функций	от 25 до 100
--	--------------

Продолжение

Процент утраты
трудоспособности

VI. Органы пищеварения

Ст. 35. Сужение рта, повреждение верхней или нижней челюсти, образование слюнной фистулы, сопровождающиеся функциональными расстройствами:

в легкой степени	15
в средней степени	30
в сильной степени	50

Ст. 36. Потеря зубов (в момент несчастного случая или непосредственно после травмы, когда потребовалось срочное удаление зубов):

от 2 до 4 зубов	5
от 5 до 8 зубов	10
свыше 8 зубов	15

Ст. 37. Повреждения и заболевания органов пищеварения, сопровождающиеся нарушением отправления и упадком питания (сужение пищевода, хронические перитониты, болезни печени, удаление желчного пузыря и т. п.)

от 25 до 100
25

Ст. 38. Выпадение прямой кишки

Ст. 39. Последствия ущемления грыжи в результате несчастного случая или чрезмерного физического усилия, потребовавшего оказания неотложной медицинской помощи

от 25 до 50

VII. Кровотворные органы

Ст. 40. Удаление селезенки 40

VIII. Мочеполовая система

Ст. 41. Хронические заболевания почек от 25 до 50

Ст. 42. Хронические заболевания почечных лоханок и мочеточников от 15 до 40

Ст. 43. Удаление одной почки 50

Ст. 44. Патологическая подвижность почки 15

Ст. 45. Расстройство мочеиспускания вследствие повреждения в области мочеполовых органов:

в легкой степени	15
в средней степени	30
в сильной степени	50

Ст. 46. Мочевые свищи 50

Ст. 47. Последствия повреждения половых органов от 15 до 50

IX. Кожные покровы и мышцы

Ст. 48. Обезображивающие лицо рубцы 10

Ст. 49. Последствия ожогов и различных повреждений, сопровождающиеся образованием обширных рубцов, разрывов мышц, расхождением краев мышц и т. п. от 10 до 50

Продолжение

Процент утраты
трудоспособности

X. Органы опоры и движений

Позвоночник

Ст. 50. Повреждения позвоночника, сопровождающиеся ограничением подвижности:

в легкой степени	5
в средней степени	10
в сильной степени	15

Таз

Ст. 51. Последствия повреждений таза (переломы костей таза, разрывы лонного, крестцово-подвздошного сочленения и т. п.), сопровождающиеся нарушением функций нижних конечностей:

в легкой степени	15
в средней степени	30
в сильной степени	60

Верхние конечности

Большой палец

	Прав. руки	Лев. руки ¹
Ст. 52. Дефекты мягких тканей ногтевой фаланги	10	5
Ст. 53. Потеря ногтевой фаланги	15	10
Ст. 54. Потеря ногтевой фаланги с половиной основной	20	15
Ст. 55. Потеря обеих фаланг	25	20
Ст. 56. Потеря обеих фаланг с пястной костью	30	25
Ст. 57. Неподвижность пястно-фалангового или пястно-запяст- ного сустава	15	10
Ст. 58. Неподвижность межфалангового сустава	10	5
Ст. 59. Неподвижность каких-либо двух суставов	20	15
Ст. 60. Неподвижность всех трех суставов	30	25
Ст. 61. Тугоподвижность большого пальца	10	5
Ст. 62. Контрактура большого пальца:		
в средней степени	20	15
в сильной степени	30	25

Указательный палец

Ст. 63. Дефекты мягких тканей ногтевой фаланги	5	5
Ст. 64. Потеря ногтевой фаланги	10	5
Ст. 65. Потеря ногтевой и средней фаланг	15	10
Ст. 66. Потеря всех трех фаланг	20	15
Ст. 67. Потеря всех трех фаланг с пястной костью	25	20
Ст. 68. Неподвижность пястно-фалангового сустава	15	10
Ст. 69. Неподвижность первого межфалангового сустава	10	5
Ст. 70. Неподвижность второго межфалангового сустава	5	5
Ст. 71. Неподвижность пястно-фалангового и первого меж- фалангового суставов	20	15

¹ Повреждения единственной левой руки приравниваются к повреждениям правой руки.

Продолжение

	Прав. руки	Лев. руки
Ст. 72. Неподвижность пястно-фалангового и второго меж- фалангового суставов	15	10
Ст. 73. Неподвижность всех суставов	25	20
Ст. 74. Тугоподвижность указательного пальца	10	5
Ст. 75. Контрактура указательного пальца:		
в средней степени	15	10
в сильной степени	25	20

Средний, безымянный или мизинец

Ст. 76. Потеря ногтевой фаланги	5	5
Ст. 77. Потеря ногтевой и средней фаланг	10	5
Ст. 78. Потеря одного из этих пальцев	10	10
Ст. 79. То же вместе с пястной костью	15	10
Ст. 80. Неподвижность пястно-фалангового или первого меж- фалангового сустава	10	5
Ст. 81. Неподвижность второго межфалангового сустава	5	5
Ст. 82. Неподвижность пястно-фалангового и второго меж- фалангового или первого и второго межфаланго- вых суставов	10	5
Ст. 83. Неподвижность всех суставов или пястно-фалангово- го и первого межфалангового суставов	15	10
Ст. 84. Тугоподвижность одного из этих пальцев	5	5
Ст. 85. Контрактура одного из этих пальцев:		
в средней степени	10	5
в сильной степени	15	10

Примечания:

1. Потеря части какой-либо фаланги приравнивается к полной потере этой фаланги.

2. Тугоподвижность пальца в каком-либо суставе приравнивается к тугоподвижности всего пальца

Несколько пальцев одной руки

Ст. 86. Потеря двух пальцев одной руки:

а) большого и указательного	50	40
б) большого со средним или с безымянным, или с мизинцем	40	30
в) указательного со средним или с безымянным, или с мизинцем	35	25
г) среднего с безымянным или с мизинцем или бе- зымянного с мизинцем	20	15

Примечание. Потеря ногтевых и средних фаланг двух и больше пальцев приравнивается к потере целых пальцев.

Ст. 87. Потеря трех пальцев одной руки:

а) большого и указательного со средним или бе- зымянным, или с мизинцем	60	50
б) большого и среднего с безымянным или ми- зинцем или большого, безымянного и мизинца	50	40

Продолжение

	Прав. руки	Лев. руки
в) указательного и среднего с безымянным или мизинцем или указательного, безымянного и мизинца	45	35
г) среднего, безымянного и мизинца	30	25
Ст. 88. Потеря четырех пальцев одной руки:		
а) большого и указательного с двумя другими пальцами	65	50
б) большого, среднего, безымянного и мизинца	60	50
в) указательного, среднего, безымянного и мизинца	55	45
Ст. 89. Потеря всех пальцев одной руки	75	60
Ст. 90. Неподвижность всех пальцев одной руки	65	55
Ст. 91. Тугоподвижность всех пальцев одной руки	35	20
Ст. 92. Контрактура всех пальцев одной руки:		
в средней степени	50	40
в сильной степени	60	50

Кисть

Ст. 93. Потеря кисти	75	60
Ст. 94. Неподвижность лучезапястного сустава	40	30
Ст. 95. Ограничение движений в лучезапястном суставе:		
в легкой степени	10	5
в средней степени	15	10
в сильной степени	20	15
Ст. 96. Последствия переломов пястных костей, сопровождающиеся нарушением функции кисти или пальцев:		
в легкой степени	10	5
в средней степени	20	15
в сильной степени	30	25

Предплечье

Ст. 97. Потеря предплечья	75	60
Ст. 98. Неподвижность локтевого сустава в согнутом под острым или разогнутом под тупым углом положении	50	40
Ст. 99. Неподвижность локтевого сустава в согнутом под прямым углом положении	40	30
Ст. 100. Неподвижность локтевого и лучезапястного суставов	55	45
Ст. 101. Болтающийся локтевой сустав	60	50
Ст. 102. Ограничение движений в локтевом суставе:		
в легкой степени	10	5
в средней степени	20	15
Ст. 103. Ограничение движений в локтевом и лучезапястном суставах	30	25

Продолжение

	Прав. руки	Лев. руки
Ст. 104. Ограничение пронационных и супинационных движений предплечья:		
в средней степени	15	10
в сильной степени	25	20
Ст. 105. Ложный сустав локтевой и лучевой костей	50	40
Ст. 106. Ложный сустав одной из костей предплечья	40	30

Плечо

Ст. 107. Потеря плеча	75	60
Ст. 108. Неподвижность в плечевом суставе	60	50
Ст. 109. Болтающийся плечевой сустав	65	50
Ст. 110. Ложный сустав плеча	65	50
Ст. 111. Ограничение движений в плечевом суставе:		
в легкой степени	15	10
в средней степени	25	20
в сильной степени	40	30
Ст. 112. Последствия перелома ключицы или лопатки, сопровождающиеся ограничением движений руки:		
в легкой степени	10	5
в средней степени	20	15
Ст. 113. Привычный вывих плеча	25	20

Примечание. Процент утраты трудоспособности определяется лишь при привычном вывихе, который образовался у застрахованного впервые в результате несчастного случая, происшедшего в период действия договора страхования. При рецидивах привычного вывиха процент утраты трудоспособности не определяется.

Ст. 114. Потеря обеих рук или кистей	100
--	-----

Нижние конечности

Пальцы

Ст. 115. Потеря ногтевой фаланги большого пальца	10
Ст. 116. Стойкое нарушение функции большого пальца после перелома его:	
в легкой степени	5
в средней степени	10
в сильной степени	15
Ст. 117. Потеря большого пальца	15
Ст. 118. Потеря какого-либо другого пальца	5

Примечание. Потеря ногтевой фаланги одного или двух пальцев (кроме большого), а также нарушение функции указанных пальцев приравливается к потере одного из этих пальцев.

Ст. 119. Потеря всех пальцев одной стопы	25
Ст. 120. Потеря всех пальцев одной стопы с дистальными головками плюсневых костей	50

Стопа

Ст. 121. Потеря стопы на разных уровнях — от голеностопного до плюсне-предплюсневых суставов	60
Ст. 122. Потеря стопы на уровне плюсне-предплюсневых суставов	40
Ст. 123. Неподвижность голеностопного сустава в функционально выгодном положении (под прямым углом)	30
Ст. 124. Неподвижность голеностопного сустава в каком-либо ином положении	45
Ст. 125. Болтающийся голеностопный сустав	45
Ст. 126. Ограничение движений в голеностопном суставе:	
в легкой степени	10
в средней степени	15
в сильной степени	20
Ст. 127. Последствия перелома костей предплюсны, а также пяточной кости:	
в легкой степени	10
в средней степени	20
в сильной степени	40
Ст. 128. Последствия перелома плюсневых костей, сопровождающиеся нарушением статики или постоянным болевым синдромом	от 5 до 15

Голень

Ст. 129. Потеря голени	60
Ст. 130. Неподвижность коленного сустава в разогнутом (под углом 180°) положении	45
Ст. 131. Неподвижность коленного сустава в согнутом положении	50
Ст. 132. Болтающийся коленный сустав	60
Ст. 133. Ограничение движений в коленном суставе:	
в легкой степени	10
в средней степени	20
в сильной степени	40
Ст. 134. Стойкие нарушения функций конечности после перелома костей голени:	
в легкой степени	10
в средней степени	20
в сильной степени	40
Ст. 135. Хронические нагноительные процессы голени при наличии незаживающих свищей или язв:	
в легкой степени	10
в средней степени	20
в сильной степени	40
Ст. 136. Несросшийся перелом (ложный сустав) обеих костей голени	60
Ст. 137. Несросшийся перелом (ложный сустав) большеберцовой кости	50

Продолжение

Бедро

Ст. 138. Потеря бедра на уровне верхней трети	70
Ст. 139. Потеря бедра на уровне средней или нижней трети	60
Ст. 140. Неподвижность тазобедренного сустава в разогнутом положении (под углом 180°)	50
Ст. 141. Неподвижность тазобедренного сустава в согнутом положении	60
Ст. 142. Ограничение движений в тазобедренном суставе:	
в легкой степени	30
в средней степени	40
Ст. 143. Последствия перелома бедра, сопровождающиеся нарушением функции конечностей:	
в легкой степени	20
в средней степени	30
в сильной степени	40
Ст. 144. Несросшийся перелом (ложный сустав) бедра	70
Ст. 145. Последствия повреждений нижней конечности, сопровождающиеся тромбофлебитом, расстройством лимфообращения и т. п.:	
в легкой степени	10
в средней степени	30
в сильной степени	50

Примечание. Полные параличи конечностей приравниваются к потере их. К полной потере приравниваются также невозможность пользования поврежденной конечностью вследствие множественного поражения суставов (анкилозы, резко выраженные контрактуры), хронических изъязвлений, недостаточного прикрытия концов костей после ампутации.

Примеры

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

7 января 1959 г. на основании определения народного суда 3-го участка П-ского района г. Н. от 6 января 1959 г. судебномедицинская экспертная комиссия бюро судебномедицинской экспертизы г. Н. в составе: председателя комиссии — начальника бюро Кириллова П. К., членов комиссии — окулиста Владимирова Т. Т. и терапевта Лидова Б. К., произвела экспертизу по делу Рогова П. Н.

Обстоятельства дела

13 ноября 1958 г. во время работы по настройке фрезерного станка отлетел металлический осколок и ранил правый глаз свидетельствуемого. Лечился в офтальмологическом институте г. Казани.

Документальные данные:

1) Акт о несчастном случае, связанном с производством, от 13 ноября 1958 г.

2) Выписка из истории болезни Казанского офтальмологического института — лечение с 16 сентября по 28 сентября 1958 г. и с 6 октября до

22 октября 1958 г. по поводу проникающего ранения роговицы частичной травматической катаракты и инородного тела металлического характера в правом глазу.

3) Определение народного суда 3-го участка П-го района г. Н. от 15 декабря 1958 г. о назначении судебномедицинской экспертизы по делу Петра Рогова к предприятию, механическому заводу.

Обследование: правый глаз: в роговой оболочке по меридиану 8 час. имеется линейный рубец и соответственно этому рубцу в хрусталике — частичное помутнение, в стекловидном теле — диффузная муть. Глазное дно плохо видно. Острота зрения равна счету пальцев у лица.

Левый глаз: роговая оболочка прозрачная, зрачок круглый, глазное дно нормально. Острота зрения = 0,3 с коррекцией сфер. — 1,0, цилиндр + 1,75 (ось вертикальная) = 0,6—0,7.

Диагноз: рубец роговой оболочки и радужки, частичная травматическая катаракта, помутнение стекловидного тела правого глаза.

В соответствии с поставленными вопросами народного суда П-ского района г. Н. от 25 декабря 1958 г. комиссия бюро судебномедицинской экспертизы отвечает:

1) Острота зрения правого глаза свидетельствуемого Рогова равна счету пальцев у лица; острота зрения левого глаза равна семь десятых с коррекцией.

2) Причиной имеющегося понижения остроты зрения правого глаза является полученная травма. Понижение зрения на левый глаз зависит от аномалии рефракции и наступления пресбиопии (старческое зрение).

3) Состояние зрения левого глаза у свидетельствуемого Рогова никакой связи с полученной травмой правого глаза не имеет.

4) Утрата трудоспособности по данному повреждению должна быть определена: общая — в сорок пять процентов (45%), профессиональная, как ст. мастера, пятьдесят пять процентов (55%).

Заключение

Описанное состояние — рубец роговой оболочки и радужки, частичная травматическая катаракта, помутнение стекловидного тела правого глаза — находится в связи с травмой правого глаза. Дата несчастного случая (13 ноября 1958 г.), указанная в акте, и дата пребывания по поводу этой травмы в стационаре (16 сентября до 28 сентября 1958 г. и с 6 октября по 22 октября 1958 г.) не совпадают. Установление связи травмы с несчастным случаем, полученной на производстве, подлежит рассмотрению народного суда. Переосвидетельствованию подлежит через один год. Нуждается в наблюдении окулиста.

Председатель комиссии (КИРИЛЛОВ)

Члены: (ВЛАДИМИРОВ, ЛИДОВ)

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

3 февраля 1959 г. на основании определения народного суда Л-го района г. М. от 2 февраля 1959 г. судебномедицинская экспертная комиссия бюро судебномедицинской экспертизы г. М. в составе: председателя комиссии — начальника бюро Кириллова П. К., терапевта Лидова Б. К. и невропатолога Кочкина А. А., произвела судебномедицинскую экспертизу по делу Петровой Р. С.

Обстоятельства дела

По словам свидетельствуемой, 28 апреля 1947 г. на работе при протирке стекла кабины троллейбуса во время дождя получила электротравму в связи с неисправностью электрического обогревателя. Лежала в институте неврологии Академии медицинских наук 2 месяца и 1 месяц в курортном институте в Сочи. В 1947 году была на стационарном обследовании в институте психиатрии. С 1947 года имеет инвалидность III группы. Один год — II группа, а затем — III группа инвалидности.

В 1945 году также была электротравма в троллейбусе с ожогом правой стопы. Лечилась амбулаторно, была на больничном листе 3 месяца.

Жалобы: страх перед электрическим током: «боюсь ехать на троллейбусе», «боюсь притронуться к электроплитке»; судороги в правой руке и ноге; головные боли, шум в голове и ушах; память плохая, головокружение при переутомлении, быстро устает, все раздражает.

Документальные данные: 1) Акт судебной экспертизы за № 1205 от 26 января 1953 г. с определением утраты трудоспособности в 50%. 2) Выписка из амбулаторной карты психоневрологического диспансера Л-го района с диагнозом: травматическая церебропатия; астеновегетативный синдром.

Объективные данные: небольшое расходящееся косоглазие правого глаза. Реакция зрачков на свет живая. Асимметрия носогубных складок, язык слегка отклоняется влево. Сухожильные и периостальные рефлексy живые.

Диагноз: патологических рефлексов нет. Понижение поверхностной чувствительности в правой половине тела. На лице чувствительность одинаковая. Симптом Ромберга положителен. Вяла, истощена, память и внимание снижены. При сильных головных болях недержание аффекта: часто плачет, внушима, отвлекаема. На наружном крае правой стопы рубец от ожога 0,5 X 2,5 см. На пальцах обеих рук знаки тока в виде белесоватых пятнышек.

Диагноз: травматическая церебропатия; астеновегетативный синдром (после электротравмы 1945 и 1947 гг.).

Заключение

Описанное состояние травматической церебропатии стоит в связи со случаем от 28 марта 1947 г.

1. По данному повреждению: а) общей двадцать процентов (20%), б) по профессиональной как водитель троллейбуса и в зависимости от предшествовавших повреждений пятьдесят процентов (50%). Переосвидетельствование через два года. Нуждается в наблюдении невропатолога.

Председатель комиссии (КИРИЛЛОВ)

Члены: (ЛИДОВ, КОЧКИН)

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

15 апреля и 7 июня 1959 г. на основании определения народного суда К-го района г. М. судебномедицинской экспертной комиссией бюро судебно-медицинской экспертизы г. М. в составе: председателя комиссии — начальника бюро кандидата медицинских наук Белкина М. Ф., членов комиссии: научного сотрудника нейрохирургического отделения 1-й городской больницы Малярова П. К., врача-окулиста Мазура А. Б., секретаря судебномедицин-

ского эксперта Дудкиной М. К., в порядке контроля произведена экспертиза по делу Марьина Бориса Борисовича, 11 лет, для определения необходимости его в постороннем уходе и санаторно-курортном лечении.

Обстоятельства дела

25 октября при наезде на него автомашины Марьин упал и ударился губами и правым коленным суставом о мостовую. Жалобы на резкое функциональное сгибание в правом коленном суставе.

С 25 октября по 7 ноября 1958 г. лечился в больнице по поводу ушибленной раны нижней губы, гемартроза правого коленного сустава. 21 декабря 1958 г. был обследован в бюро судебно-медицинской экспертизы, при этом предъявил ряд жалоб: боли в правом коленном суставе, боли в поясничной области, головные боли. Отец больного указал на появившиеся после травмы припадки с потерей сознания, на потерю зрения на левый глаз.

Согласно выписке из истории болезни у больного после несчастного случая от 25 октября 1956 г. во время пребывания в стационаре изменений со стороны нервной системы травматического характера не отмечалось. При амбулаторном обследовании в бюро судебно-медицинской экспертизы указаний на повреждение нервной системы также не выявлено.

Объективно: состояние правого коленного сустава; поясничного отдела позвоночника и рентгенограммы этих областей не дают объяснения причин значительного ограничения движения в правом коленном суставе и болезненности в поясничном отделе позвоночника. Поэтому комиссия бюро судебно-медицинской экспертизы считает необходимым стационарное обследование больного для уточнения диагноза и наличия и характера припадков.

С 26 февраля 1959 г. находился в ортопедическом госпитале по поводу контузии правого коленного сустава. После месячного пребывания в госпитале был обследован консилиумом специалистов, который признал мальчика практически здоровым, в лечении не нуждающимся.

15 апреля и 7 июня 1959 г. вновь подвергся освидетельствованию в настоящей комиссии.

Данные осмотра хирургом 15 апреля 1959 г.: жалобы на ограниченное движение в правом коленном суставе и боли в нем.

Объективно: мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания, физическое развитие соответствует возрасту. Конфигурация правого коленного сустава не изменена; выпота в суставе нет. Коленная чашка свободно подвижна; пассивное движение в правом коленном суставе активно ограничено, при этом наблюдается активное сопротивление пассивным движениям и в правом тазобедренном суставе. Болезненности в правом коленном суставе при движении не отмечается. Активные движения в правом коленном суставе значительно ограничиваются в объеме, сгибает голень несколько больше 90° , разгибает на 180° . Отмечается незначительная атрофия мышц правого бедра. На рентгенограмме от 21 декабря 1956 г. никаких костно-травматических повреждений правого коленного сустава нет. Нет также и явлений гемоартроза.

Данные осмотра окулистом: 7 июня 1959 г., по словам больного, во время пребывания в больнице и во время чтения книги случайно обнаружил снижение зрения на левый глаз.

Объективно: косоглазия нет; роговицы обоих глаз прозрачны; зрачки равные; преломляющие среды прозрачны. Глазное дно правого глаза: сосок зрительного нерва обычного цвета, не изменен, границы четкие, калибр сосудов в норме. Глазное дно левого глаза: сосок зрительного нерва розового цвета, несколько втянут по горизонтали, сосок окаймляет с наружной стороны пигментная полоска; над соском миопический конус, нечетко

выраженный (картина в обратном виде); калибр сосков в норме. Область желтого пятна не изменена. Следов травматического повреждения на дне глаза не обнаружено. Спектроскопически близорукий астигматизм.

Диагноз: близорукий астигматизм левого глаза.

Заключение: Близорукий астигматизм левого глаза, связи со случаем 25 октября 1956 г. не имеет.

Заключение

Изучив представленные материалы дела и освидетельствовав Марьина Б., судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к следующему заключению.

На основании данных освидетельствования и данных двухкратного стационарного обследования: в детской больнице, где ребенок находился с 25 октября по 7 ноября 1958 г. по поводу ушиба правого коленного сустава с явлениями гемартроза, на 9 сутки пребывания в ней было констатировано, что функция правого коленного сустава восстановлена; с 26 февраля по 28 марта 1959 г. освидетельствуемый находился в М-ском городском ортопедическом госпитале по поводу ограничения движений в боль в правом коленном суставе, на консультативном обсуждении комиссией под председательством проф. Тренева Б. В. 27 марта 1959 г. отмечено, что клинические и рентгенологические данные заболевания не соответствуют нарушению функции правого коленного сустава, и было высказано мнение об аггравации. Такая же оценка «заболевания» была дана и судебно-медицинским экспертом Борисовым 26 марта 1959 г., который при осмотре мальчика в госпитале выявил сохранность функции правого коленного сустава. 27 марта 1959 г. ребенок был выписан из госпиталя и признан практически здоровым и не нуждающимся в лечении. Данные настоящего осмотра еще раз подтверждают, что в данном случае имеет место аггравация, установочное поведение. В санаторно-курортном лечении и постороннем уходе не нуждается.

Председатель комиссии (БЕЛКИН)

Члены комиссии: (МАЛЯРОВ, МАЗУР)

Секретарь (ДУДКИНА)

ГЛАВА XVI

ЭКСПЕРТИЗА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ИСКУССТВЕННЫХ И ПРИТВОРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

§ 71. Определение состояния здоровья. § 72. Экспертиза искусственных и притворных болезней. § 73. Симуляция умышленная и симуляция патологическая. § 74. Симуляция отдельных симптомов. § 75. Аггравация. § 76. Самоповреждение. § 77. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при искусственных и притворных болезнях

§ 71. Определение состояния здоровья

В судебно-медицинской практике определение состояния здоровья производится по различным поводам.

В одних случаях требуется определить состояние здоровья человека, вызываемого в судебное заседание, если он отказы-

вается явиться, ссылаясь на болезнь. Предъявление медицинских свидетельств о болезни не всегда удовлетворяет суд, и последний назначает судебномедицинскую экспертизу. При этом нередко освидетельствование приходится производить на дому у данного лица.

В других случаях возникает необходимость установить состояние здоровья осужденного к исправительным работам для выяснения возможности отбывать наказание или при необходимости определить способность выполнять ту или иную работу.

В зависимости от особенностей каждого конкретного случая экспертиза проводится на дому у свидетельствуемого, в амбулатории или в лечебном учреждении. Иногда требуется провести специальное клиническое наблюдение, для чего испытуемый помещается в соответствующее лечебное учреждение.

Экспертиза состояния здоровья обычно требует участия врачей нескольких специальностей. Поэтому такая экспертиза проводится комиссией врачей.

Примеры экспертизы определения состояния здоровья:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

12 апреля 1959 г. на основании отношения народного суда К-го района г. П. от 11 апреля 1959 г. экспертная комиссия в составе судебномедицинского эксперта бюро судебномедицинской экспертизы г. П. Санина К. Д. и врачей-специалистов поликлиники № 2 г. П.: хирурга Кудрина В. В., терапевта Петрова О. К., окулиста Григорьева П. К. и невропатолога Семенова А. Б., произвела освидетельствование Боброва Петра Петровича, 37 лет, для определения состояния здоровья.

Обстоятельства дела

Направлен для определения состояния здоровья. Осужден на 1 год исправительных работ. Тяжелую физическую работу выполнять не может.

Жалобы на боли в пояснице, в правом подреберье, под правой лопаткой и на плохое зрение.

Документальные данные: 1) Справка из городской больницы № 11 от 24 февраля 1955 г. Основной диагноз в 1948 году — спондилит. Лечение пенициллином. Находился под наблюдением 1-й клинической больницы. 21 февраля 1959 г. — близорукость высокой степени. 22 февраля 1959 г. — деформирующий спондилит и спондилоартроз. 2) Анализы: крови Hb 82%, лейкоцитов 6200; РОЭ 10 мм 1 ч., реакция Вассермана ++. Рентгеноскопия легких и сердца. Легкие норма. Сердце слегка увеличено в поперечнике, пульсация вялая. Аорта не изменена. 3) Позвоночник — явления деформирующего спондилита и спондилоартроза.

Данные осмотра:

Терапевтом: среднего роста, питания ослабленного. Легкие чисты. Сердце: границы нормальные, тоны приглушены. Живот мягкий, болезненность небольшая в области печени. Селезенка не увеличена.

Окулистом: преломляющие среды глаза прозрачны, зрачки круглые, глазное дно миотическое, близорукость 10,0 Д. Острота зрения правого глаза = 0,01 с коррекцией — 10,0 Д = 0,4; острота зрения левого глаза = 0,01 с коррекцией — 10,0 Д = 0,3 — 0,4.

Д и а г н о з: высокая близорукость обоих глаз.

Невропатологом: зрачки правильной формы с живой реакцией на свет и конвергенцию. Остальные черепно-мозговые нервы также без изменений. Движения в поясничном отделе позвоночника несколько затруднены и болезненны. Пальпация по паравертебральным точкам в поясничном отделе чувствительна. Ригидности длинных мышц спины нет. Коленные и ахилловы рефлексы средней живости, равномерны. Патологических рефлексов нет. Чувствительность не нарушена.

Д и а г н о з: вторичный пояснично-крестцовый радикулит с легким болевым синдромом.

Хирургом: деформация грудного и поясничного отделов позвоночника. Отмечает болезненность при осевой нагрузке на уровне нижних грудных позвонков. Напряжения мышц спины нет. Подвижность в нижне-грудном и поясничном отделах ограничена в умеренной степени.

Рентгенография от 19 февраля 1959 г. (№ 906—907) грудного и поясничного отделов позвоночника: сколиоз. Тело Д 12 деформировано, уменьшено в высоте, больше слева, сближено с деформированным телом Д 11. Обызвествление передней связки в области указанных позвонков. Деформированное рудиментарное ребро (12) слева, спаяно с 11 ребром. Кроме того, имеются явления деформирующего спондилита и спондилоартроза грудного и поясничного отделов позвоночника.

З а к л ю ч е н и е

Бобров П. И. по состоянию здоровья может выполнять работу без тяжелых физических нагрузок.

Судебномедицинский эксперт (САНИН)

Члены комиссии: (КУДРИН, ПЕТРОВ, ГРИГОРЬЕВ, СЕМЕНОВ)

§ 72. Экспертиза искусственных и притворных болезней

Общие данные. При определении состояния здоровья нередко возникает подозрение в искусственной или притворной болезни у свидетельствуемого. В судебномедицинской практике приходится встречаться с различными формами притворства, обмана, ложного изображения действительности. Это может проявляться в виде симуляции, аггравации, диссимуляции или самоповреждения.

Симуляцией называется притворство, ложное изображение действительности, например изображение несуществующего заболевания, притворная болезнь. Судебному медику и юристу приходится встречаться не только с симуляцией болезней, но и с симуляцией различных происшествий, например, несчастных случаев, нападений, ограблений, самоубийства.

Аггравация — преувеличение симптомов действительно имеющегося заболевания. При симуляции болезни нет, она

изображается. При аггравации болезнь имеется, но тяжесть ее преувеличивается. Симулянт — здоровый человек, аггравант — на самом деле болен.

Диссимуляция — скрывание действительного существующей болезни. Диссимуляция — понятие, обратное симуляции. Диссимулянт действительно больной человек, скрывающий заболевание.

Самоповреждение — сознательное причинение вреда здоровью, совершаемое самостоятельно или при помощи других лиц. Самоповреждение может проявиться в виде повреждения различных органов и тканей. Болезни могут вызываться искусственным путем.

Симуляция, аггравация, диссимуляция и самоповреждение бывают предметом судебномедицинской экспертизы в случаях, когда, преследуя цели извлечения выгоды, обманщик совершает правонарушение.

Задача судебномедицинской экспертизы в таких случаях заключается в том, чтобы установить действительное положение вещей и разоблачить обман. В практике все эти формы обмана и ложного изображения действительности встречаются по разнообразным поводам и мотивам, например:

1. Симуляция нападения с целью:

а) ограбления — для скрывания растраты, служебных злоупотреблений и т. п.;

б) изнасилования — по мотивам мести или шантажа.

2. Симуляция несчастного случая:

а) для получения вознаграждения, страховой премии и т. п.;

б) для сокрытия преступления (например, убийства);

в) для уклонения от военной службы.

3. Симуляция самоубийства:

а) для сокрытия преступления (убийства);

б) с целью шантажа, вымогательства, мести.

При всех этих видах симуляции может наблюдаться нанесение себе повреждений — самоповреждение.

4. Симуляция, аггравация болезней и самоповреждение:

а) для получения пособия, страховой премии, пенсии или освобождения от работы у застрахованных;

б) для смягчения наказания, направления в больницу или освобождения от работ у подсудимых, заключенных и отбывающих наказание в виде исправительных работ;

в) для уклонения от военной службы у военнообязанных, военнослужащих, работников военных предприятий и т. п.

5. Диссимуляция болезненных состояний:

а) для поступления на работу, к которой человек по своему физическому состоянию не пригоден;

б) для страхования жизни или здоровья;

в) для поступления на военную службу или для того, чтобы избежать увольнения в запас, отставку.

Этим перечнем не исчерпываются, конечно, все возможные случаи изображения ложных состояний. Приведены лишь главные и наиболее часто встречающиеся в практике поводы и мотивы симуляции. В настоящей главе будут рассмотрены лишь симуляции и аггравации болезней и самоповреждение. Остальные виды симуляции упоминаются в соответствующих главах.

В дореволюционной русской и зарубежной литературе приведены исключительно обширные и разнообразные материалы, касающиеся форм и способов вызывания искусственных и притворных болезней. Несмотря на кажущееся многообразие форм симуляции и самоповреждения, они поддаются известной систематизации.

I. Симуляция

1) отдельных симптомов:

а) лихорадки, б) кровотечений, в) рвоты, г) желтухи, д) патологии мочевого выделения, е) недержания мочи.

2) Болезней легких (туберкулеза).

3) Болезней сердца (невроза сердца — тахикардии).

4) Расстройства слуха и речи (глухоты, глухонемые, афонии, заикания, немоты).

5) Расстройства зрения (слепоты).

6) Невропатологических симптомов (параличей, контрактур, судорог, дрожаний, боли).

7) Душевных болезней (эпилепсии и др.).

II. Аггравация

1) Преувеличение симптомов существующего заболевания.

2) Преуменьшение или опровержение результатов лечения или улучшения заболевания.

III. Самоповреждение

1) При помощи огнестрельного оружия.

2) При помощи острых, рубящих, режущих и колющих орудий.

3) При помощи транспортных машин.

4) Другие формы умышленных повреждений конечностей.

Искусственные заболевания суставов: воспаление, ограничение подвижности (контрактуры), вывихи.

5) Умышленное отморожение.

6) Умышленное охлаждение тела.

7) Искусственное истощение организма.

8) Солеедство.

9) Искусственное заболевание легких (бронхиты).

10) Искусственные поносы.

11) Искусственные хирургические болезни (грыжи, выпадение прямой кишки, свищи прямой кишки, геморрой).

12) Искусственные заболевания кожи и подкожной клетчатки (дерматиты, струпы, язвы, флегмоны и абсцессы, подкожная эмфизема, отеки и припухлости, опухоли, свищи, рубцы, заболевания подкожных сосудов).

13) Самоповреждение в полости носа.

14) «—» в полости рта.

15) «—» в области органа слуха.

16) «—» в области органа зрения (искусственные блефариты, конъюнктивиты, кератиты, катаракты).

17) Искусственные заболевания мочеполовой системы (циститы, уретриты, язвы, отек и водянка мошонки).

Приведенная классификация включает все основные встречающиеся в литературе формы симуляции и самоповреждений. Ниже будут изложены некоторые формы искусственных и притворных болезней.

Врачу любой клинической специальности приходится встречаться с симуляцией болезненных симптомов в той или иной степени. В одних случаях симулянт не преследует цель извлечь выгоду, в других — преследует определенные, даже преступные цели. Во всяком случае, следователю и врачу необходимо иметь достаточное представление об искусственных и притворных болезнях.

Врач прежде всего должен установить, с какой формой симуляции он имеет дело — умышленной (злостной) или болезненной (патологической).

§ 73. Симуляция умышленная и симуляция патологическая

Различают две формы симуляции — симуляцию умышленную, сознательную, и симуляцию патологическую.

Об умышленной симуляции говорят в случаях, когда здоровый во всех отношениях человек притворяется больным, изображает болезнь, преследуя определенную цель. Но болезнь или отдельные симптомы могут симулироваться больным субъектом. В таких случаях симуляция уже будет одним из симптомов основного заболевания. Это симуляция неосознаваемая, болезненная, патологическая.

Различной будет и степень ответственности в обоих случаях. При умышленной симуляции субъект несет полную ответственность за свои действия. При патологической симуляции его ответственность определяется характером и тяжестью основного заболевания.

Патологическая симуляция особенно часто встречается при истерии, некоторых психических заболеваниях, психогенных реактивных состояниях. Тесная связь имеется между симуляцией и истерией, которые иной раз бывает очень трудно различить.

Однако из этого не следует, что можно отождествлять симуляцию и истерию.

Истерия — болезнь, тяжелые формы которой сопровождаются серьезными функциональными расстройствами. Истерия развивается в связи с психическими переживаниями — чаще всего с желанием быть или казаться больным, желанием, не всегда сознаваемым. При истерии, помимо психических, бывает и ряд функциональных, физических расстройств: судорожные припадки, параличи, расстройство чувствительности, слепота, немота, потеря голоса, заикание, дрожание, рвота, упорная икота и т. д.

Истерики иногда даже и опытному врачу кажутся симулянтами, обнаруживаемые у них симптомы — искусственными, деланными. При истерической слепоте, например, можно объективно доказать, что у истерика нет оснований быть слепым, и тем не менее для себя он слеп и ничего не видит. Из повседневной практики хорошо известно, что все эти функциональные расстройства (слепота, немота, параличи и пр.) могут наблюдаться и у лиц, не преследующих никакой выгоды.

У истериков экспертизе приходится разрешать вопрос о вменяемости. Помимо истерии, симуляция (и аггравация) также бывает выражена и при истеро-травматизме, наиболее частой причиной которого является военная травма и особенно контузия. Следовательно, среди симулянтов могут быть люди совершенно не ответственные за свои действия и, в частности, за симуляцию, которая представляет собой лишь симптом их болезни. Между этими двумя крайностями существуют переходные формы. Из этого следует, что для распознавания симуляции, помимо судебно-медицинской экспертизы, часто необходима еще и судебно-психиатрическая.

§ 74. Симуляция отдельных симптомов

Симуляция лихорадки. Повышение температуры, являющееся одним из объективных симптомов лихорадочного состояния, охотно используется симулянтами, желающими добиться освобождения от работы, отпуска или помещения в больницу. При недостаточном наблюдении симуляции повышения температуры и лихорадочного состояния могут продолжаться и в больничной обстановке. К повышению температуры симулянт может прибавлять и ряд других жалоб на недомогание, общую разбитость, головную боль, боли и ломоту в мышцах и т. п. Частым постукиванием по термометру, трением его пальцами или об одежду симулянт добивается того, что ртуть поднимается на несколько десятых и даже целый градус. Учитывая возможность

контроля со стороны медицинского персонала при измерении температуры, симулянты прибегают к раздражению кожи подмышечной области: натирают солью, спиртом, прикладывают на несколько часов повязки с раздражающими веществами, отчего температура в подмышечной впадине поднимается на 1° и больше.

Симуляция кровотечений. Симулируются различные кровотечения — носовое, легочное, желудочное, кишечное, геморроидальное, из половых органов и мочевого пузыря. В одних случаях кровотечение является чистой симуляцией, в других оно связано с самоповреждением. За кровь могут выдавать те или иные красящие вещества или же к выделениям примешивают кровь животных или свою собственную. Кровотечение выдается за симптом тяжелого заболевания (туберкулеза легких, язвы желудка).

Носовое кровотечение вызывают повреждением слизистой оболочки полости носа или же края отверстий носа намазывают своей кровью или кровью животного.

Такая примитивная симуляция легко распознается. Повреждения слизистой оболочки обнаруживаются специальным обследованием полостей носа.

Прежде всего должны быть исключены те заболевания, которые могут дать кровотечение (туберкулез легких, язва желудка и др.). Хороший вид, упитанность субъекта отнюдь не противоречат возможности тяжелого заболевания, и кровотечение может быть только симптомом его.

Вторым моментом является осмотр соответствующих полостей, каналов (носа, рта, прямой кишки, мочеиспускательного канала), где могут быть обнаружены свежие повреждения слизистых оболочек, следы крови в складках слизистой.

Третий этап — осмотр и лабораторное исследование выделений. Особое внимание должно быть обращено на обнаружение крови (спектральное, микрокристаллическое исследование) и определение вида ее (биологическая реакция). Опытный клиницист многое может вынести уже из осмотра выделений.

Симуляция недержания мочи. Среди тех заболеваний, которые представляют значительные трудности для диагностики и в то же время иногда симулируются, одно из первых мест занимает недержание мочи. Испытуемые находятся в больницах продолжительное время и подвергаются подробному и всестороннему клиническому обследованию и тем не менее иной раз выписываются без определенного диагноза. Объясняется это тем, что до сих пор остается неизвестной причина, или, вернее, причины, этого заболевания.

Медицинская литература по данному вопросу огромна. Диагностика симуляции недержания мочи — дело далеко не простое и не легкое, и нельзя каждого страдающего недержанием мочи

рассматривать как заведомого симулянта. Недержание мочи — заболевание преимущественно детского возраста. Но и среди взрослых эта болезнь не составляет исключительной редкости. Но нужно помнить, что симуляция недержания мочи также встречается, так как она весьма проста по выполнению. От врачей требуется давать заключение о симуляции только при полной уверенности, основанной на всестороннем и специальном клиническом исследовании.

Недержание мочи может быть постоянное, когда моча сочится непрерывно или выделяется произвольно малыми порциями через определенные промежутки времени, и ночное, когда произвольное мочеиспускание имеет место ночью, во время сна.

Значительные трудности диагностики являются одним из моментов, благоприятствующих симуляции недержания мочи. Как и при других формах симуляции, подозрительными будут появление группы лиц, особенно из одной местности, с жалобами на недержание мочи, противоречивые анамнестические данные. При осмотре таких лиц можно установить отсутствие следов мочи на нательном белье, в то время, как постель мокрая.

Несмотря на то, что испытуемый заявляет о длительности заболевания, никаких следов раздражения кожи в области половых органов, промежности и бедер обнаружить нельзя. Наблюдением можно установить, что мочеиспускание происходит не во сне, а после того, как испытуемый проснулся. Недержание мочи продолжается, несмотря на то, что испытуемого регулярно будят во время сна и он воздерживается от приема жидкостей на ночь. Все это не является абсолютным доказательством симуляции, а лишь служит основанием для подозрения, так как безусловно объективных способов доказательства симуляции недержания мочи пока не существует.

Симуляция расстройства слуха и речи. Симуляция шепотной речи (афонии), немоты и заикания. Расстройство звучной речи — афония, немота и заикание имеют тесную связь с истерией. Нередко они возникают после психической травмы, контузии, что особенно возможно в военное время, и известны под названием послеконтузионных истеро-травматических расстройств. Все это в значительной степени усложняет правильное распознавание и диагностику симуляции. Окончательное заключение о симуляции возможно лишь после длительного специального наблюдения в лечебном учреждении.

Симуляция заикания. Этот недостаток речи зависит во многом от чисто психических моментов, как-то: боязни перед затруднениями в произношении слов, повышенного сосредоточения внимания на речевом акте, стеснительности в связи с имеющимся дефектом речи и др. Заикание может быть врожденным и приобретенным (психическая травма). Врожденное заикание

может быть установлено как на основании свидетельских показаний, так и заслуживающих доверия документальных данных. Правильное распознавание и диагностика зависят от тщательного наблюдения в специальном лечебном учреждении.

Симуляция глухоты. Симуляция может выражаться в предъявлении полной глухоты, односторонней глухоты. И здесь экспертиза может быть произведена только объективным специалистом после длительного стационарного наблюдения. Достаточно сказать, что в настоящее время предложено свыше 60 способов определения притворной глухоты. Все они сами по себе недостаточны. Приходится поэтому пользоваться повторно несколькими способами и проводить одновременно функциональное исследование слуха для того, чтобы быть уверенным в симуляции или отсутствии ее. Это особенно необходимо, так как обычно никаких изменений со стороны наружного слухового прохода, что могло бы объяснить глухоту, не обнаруживается. Одни из этих способов требуют применения сложной аппаратуры, другие — сравнительно просты и доступны.

Симуляция глухонемоты. Распознать глухонемоту трудно. Существенное значение имеют заслуживающие доверия свидетельские показания и документы, особенно в тех случаях, когда имеется врожденная глухонмота. Нельзя забывать и о возможной подделке документов. При объективном исследовании нередко у глухонемых обнаруживаются изменения со стороны ушей, голосовых связок, гортани. Поведение, мимика, дыхание и голос у глухонемых имеют свои характерные особенности, что чрезвычайно трудно симулировать; для распознавания такой симуляции необходимы большая выдержка, упорство и наблюдательность. Достоверные результаты могут быть получены после повторных исследований несколькими способами.

Симуляция слепоты. Симулируется слепота на один глаз, односторонняя, и полная, двусторонняя. Жалобы могут быть на полную или частичную потерю зрения. Для распознавания симуляции слепоты предложено много способов и специальная, иной раз очень сложная аппаратура. Субъекты, подозреваемые в симуляции, должны исследоваться только специалистами-офтальмологами в специальном лечебном учреждении.

Пример симуляции радикулита:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

С 25 мая по 3 июня 1959 г. на основании постановления прокурора следственного отдела прокуратуры Н-ской области младшего советника юстиции Зиновьева от 17 мая 1959 г. судебномедицинская экспертная комиссия в составе: судебномедицинского эксперта Н-ской области кандидата

медицинских наук Ковалева И. А., заведующего хирургическим отделением Н-ской больницы Попова В. С., невропатолога той же больницы Сизова М. М. и терапевта Иванова Г. С. произвела судебно-медицинскую экспертизу по делу в отношении рабочего Сизых Р. И. для разрешения следующих вопросов:

1. Страдал ли Сизых каким-либо заболеванием и, в частности, заболеванием спины в момент первого обращения к врачам в декабре 1956 года.
2. Были ли у Сизых объективные данные, свидетельствующие о получении им травмы.
3. Имелись ли у Сизых какие-либо заболевания в период его пребывания в больницах с 24 декабря 1958 г. по 6 мая 1959 г.
4. Имелись ли у Сизых, помимо его жалоб, объективные признаки, подтверждающие наличие у него заболевания спины.
5. Страдает ли Сизых каким-либо заболеванием в настоящее время.

Обстоятельства дела и документальные данные

22 декабря 1958 г. Сизых заявил, что у него болит спина и он не может разогнуться. С этого времени Сизых находится на обследовании в различных медицинских учреждениях, не работает. По поводу начала «заболевания» Сизых на допросе 7 мая 1958 г. показал, что он с товарищами при разгрузке и поднятии тяжелой бочки сильно напрягся, но бочку поднять не мог. В этот момент он не почувствовал боли, сильная же боль в пояснице появилась только на следующий день во время работы. Врачам же Сизых заявил, что его ударила упавшая с машины бочка.

Обе версии о повреждении спины Сизых бочкой отвергнуты показаниями свидетелей. Из истории болезни 32/304 2-й городской больницы г. В. явствует, что Сизых обратился 24 декабря 1958 г. в амбулаторию по поводу острой боли в поясничной области. В амбулатории ему был выписан больничный лист. 26 декабря Сизых вновь обратился в амбулаторию, откуда его направили в хирургическое отделение данной больницы. В хирургическое отделение Сизых поступил 27 декабря, где был поставлен диагноз пояснично-крестцового радикулита. При поступлении тоны сердца несколько глуховаты, иной патологии при обследовании органов не обнаружено. При обследовании пояснично-крестцовой области он давал реакцию резкой болезненности. В день поступления в историю болезни есть ссылка на наличие синдрома пояснично-крестцового радикулита. В дневнике от 3 января 1959 г. записано, что Сизых плохо спал ночью от болей в пояснично-крестцовой области. Ночью он стонал, на ноги не вставал. Локализация болей определилась на уровне 2 и 3 поясничных позвонков. 8 января Сизых был переведен в нервное отделение районной больницы г. В. с диагнозом радикулита под вопросом.

При обследовании Сизых вновь дал резкую болевую реакцию при поколачивании по остистым отросткам поясничных позвонков и от нагрузки на позвоночник. При движениях в тазобедренных суставах боль иррадиировала в позвоночник. 1 января консультация психоневропатолога не выявила болезненных изменений. 22 января в ответ на решение о выписке из больницы Сизых выразил недовольство и отказался принимать пищу. Ввиду неясности диагноза было рекомендовано Сизых поместить в областную больницу для решения вопроса о состоянии его здоровья. При этом лечащий врач отмечает: «возможны элементы аггравации». Из районной больницы выписан с диагнозом: радикулит под вопросом.

25 января Сизых поступил в областную больницу. Из истории болезни № 461 видно, что при поступлении пальпаторно отмечалась болезненность 9—11 грудных позвонков. Движения позвоночника Сизых производил во всех его отделах, хотя спину разогнуть отказался. Позвоночник в грудном отделе был изогнут (круглая спина). Остальные данные обследования костной

системы и органов не представляют каких-либо болезненных изменений. В больнице был поставлен диагноз: остаточные явления после травмы грудного отдела позвоночника. При осмотре невропатологом 28 января отмечено шадящее положение тела в постели. Сизых с трудом поворачивался, как якобы из-за болей в области поясницы. На ощупь болезненны поясничные мышцы. Симптомы натяжения нервных стволов были выражены более слева (Лясег, Керниг). Рефлекторная сфера без отклонения от нормы. Невропатолог диагностировал травматическое люмбаго и рекомендовал парафиновые аппликации и аналгетические препараты.

В феврале заведующий отделением констатировал у Сизых элементы аггравации. Ему было предписано лечение парафином и ионизация новокаином на область поясницы. Лечебной физкультурой Сизых упорно не желал заниматься. 22 февраля появились жалобы на боли в области плечевых суставов. Невропатолог 22 февраля определил, что черепно-мозговая иннервация у Сизых не нарушена. Обследуемый продолжал ходить согнувшись, всячески щадил поясницу при попытке пассивного разгибания ее. Симптомы натяжения нервов — слабоположительны с обеих сторон, причем более выражены слева. Рефлексы верхних и нижних конечностей живые, патологических нет. Сизых был вял, иппохондричен, сосредоточен на своих ощущениях. В результате обследования невропатолог пришел к заключению, что у Сизых имелись стойкие явления истеротравматического кифоза. После парафиновых процедур Сизых отмечал уменьшение болей. В дневнике истории болезни за 7 марта 1959 г. отмечено, что, по наблюдениям персонала, Сизых может ходить и лежать разогнувшись и что у него имеются элементы аггравации. В ночь на 8 марта Сизых спал выпрямившись. 26 марта осмотром невропатолога подтверждены объективные данные предшествующих осмотров.

9 мая Сизых переведен в хирургическое отделение. Согласно истории болезни при поступлении диагноз выставлен не был. За период нахождения в больнице он жаловался на боли в области поясницы и мошонке. 15 мая осмотром невропатолога определено общее хорошее состояние. Отмечался отказ Сизых выпрямлять спину; при этом невропатолог указывает, что отклонений от нормы он не находит. Крупные нервные стволы безболезненны. Сизых предъявлял гиперестезии отдельных участков покровов с обеих сторон от грудного до поясничного отделов позвоночника на ширину полосы в 10 см. По мнению невропатолога, эти участки гиперестезии совершенно не соответствовали анатомо-физиологическим схемам. В других участках тела он показывал нормальную чувствительность. Парезов, расстройств трофика и рефлексов не было. Черепно-мозговые нервы, зрачки в норме. Нистагма нет. Пальценосовая проба нормальная. Сенсibilизированный симптом Ромберга отрицателен. Симптомов заболевания нервной системы не обнаружено. 17 мая Сизых осмотрел хирург в связи с его жалобами на боли в области позвоночника, особенно при физической нагрузке и ходьбе. Хирургом предложено рентгенографическое исследование позвоночника.

18 мая у Сизых появились острые боли в животе, которые к вечеру приняли нестерпимый характер. Был диагностирован острый аппендицит при наличии положительных симптомов Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Ровзингера. Живот был напряжен, язык обложен. После подготовительных мероприятий в 24 часа произведена операция под местной анестезией раствором новокаина. Резко измененный червеобразный отросток был удален. В брюшную полость введен пенициллин. Операционная рана ушита наглухо. Послеоперационное течение благополучное. Во время операции Сизых лежал, выпрямив спину. За время всего периода стационарного лечения температура тела у Сизых достигала субфебрильных цифр на протяжении трех дней января, в течение трех дней марта, а также на протяжении 6 дней в мае, весь остальной период стационарирования температура находилась в пределах нормы. По поводу отсутствия объективных данных

заболевания позвоночника врачи Лебедев, Куликов, Петров объяснили, что при постановке диагноза они исходили из того, что Сизых получил травму спины. Никаких объективных симптомов этой травмы, кроме жалоб больного, они не отмечали.

Анализы, произведенные Сизых за период нахождения в больнице с декабря 1958 года

Анализ крови

Дата	Гемог.	Лей- коц.	Эози- нофил- лы	Палоч.	Сегм.	Лимф.	Моноц.	РСОЭ
28 декабря 1958 г. .	80 %	8000	2	1	68	22	7	7
9 января 1959 г. .	—	9100	—	—	—	—	—	3
26 января	82 %	4400	5	6	41,5	36	11,5	4
2 апреля	82 %	4400	5	6	48	36	11,5	4
10 мая	90 %	5300	4	8	68	16	4	21
20 »	90 %	7200	3	10	63	18	6	7
27 »	82 %	4200	5	12	43	29	11	10

Анализ мочи

Дата	Уд. вес	Реак- ция	Белок	Лейкоц.	Эпителий	Осадок	Проч.
28 декабря 1958 г.	1026	кисл.	нет	един.	плоский много	нет	нет
9 января 1959 г.	1020	кисл.	нет	един.	плоский единичн.	мутный	нет
26 января	1025	кисл.	следы	3—5	нет	нет	аксалаты много
21 марта	1027	кисл.	нет	един.	плоский един.	нет	нет
10 мая	нет	норма	—	1—2	—	—	—
20 »	—	—	следы	—	—	—	—

Рентгенографическое исследование позвоночника производилось пятикратно; в истории болезни в дневниках от 14 января, 28 января, 11 февраля, 2 апреля и 20 мая отмечается, что костных изменений на рентгенограммах не обнаружено. Реакция Вассермана, Кана и цитохолесовая проба — отрицательны 23 мая 1957 г. Кровяное давление исследовалось 28 декабря 1958 г. — 120/50. 1 апреля 1959 г. — 138/70, 9 мая 1959 г. — 120/80. Реакция Райта — отрицательная от 10 мая 1959 г.

Жалобы: во время осмотра Сизых предъявлял жалобы на боли в области спины в грудном отделе позвоночника, которые усиливаются при движениях. В связи с этим он не может разогнуть спину, лежать на спине и животе.

Данные объективного исследования: мужчина крепкого телосложения, с хорошо развитой мускулатурой. Туловище находится в вынужденном положении — спина согнута кпереди. В шейном отделе позвоночника

движения свободные, безболезненные. При пальпации в области остистых отростков позвоночника Сизых жалуется на болезненность более интенсивную в средней части грудного отдела, менее выраженную в поясничном. Он резко ограничивает движения в поясничном отделе позвоночника и не сгибает полностью позвоночник в грудном. Движения суставов конечностей не ограничены. Он активно сопротивляется попытке уложить его на спину. Нервные стволы безболезненны, симптомы вытяжений нервных стволов (Ляссег, Кернинг) отрицательны. Сухожильные рефлексы равновесные. Расстройств чувствительности не усматривается. Имеется расширение наружного отверстия правого пахового канала, который пропускает конец пальца. Рубец после аппендиктомии в хорошем состоянии. Исследование органов живота затруднено ввиду отказа свидетельствуемого лечь на спину. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не определяется. На представленных рентгенограммах грудной и поясничной частей позвоночника (от 10, 23 и 26 января, 13 и 18 мая 1958 г.) костных изменений не отмечается.

Заключение

1. При освидетельствовании Сизых каких-либо заболеваний, объясняющих его жалобы и поведение, не обнаружено.

2. Так как поведение и жалобы Сизых имели место начиная с 24 декабря 1958 г., то следует считать, что каких-либо заболеваний у него не было в течение этого времени. Это подтверждается наблюдениями и обследованиями Сизых в указанных лечебных заведениях.

3. Изучение медицинских документов, имеющихся в деле, об освидетельствовании Сизых не представляет каких-либо данных, свидетельствующих о получении Сизых травмы.

4. 19 мая Сизых был оперирован по поводу флегмонозного аппендицита. Операция закончилась благополучно, без всяких осложнений. Других заболеваний у Сизых за период с декабря 1958 года не отмечалось.

Судебномедицинский эксперт Н-ской области кандидат медицинских наук (КОВАЛЕВ)

Заведующий хирургическим отделением Н-ской больницы (ПОПОВ)

Невропатолог Н-ской больницы (СИЗОВ)

Терапевт (ИВАНОВ)

§ 75. Аггравация

Чистые формы симуляции, то есть изображение болезни совершенно здоровым субъектом, встречаются нечасто потому, что трудно изображать болезнь, которой не существует. Чаще приходится встречаться с преувеличением симптомов имеющейся болезни, то есть с аггравацией. Аггравация, как и симуляция, не всегда носит злостный характер. Аггравация нередко свойственна больным, особенно психопатическим и ипохондрическим личностям, прислушивающимся и приглядывающимся ко всякому изменению в состоянии своего здоровья, относящимся с повышенным вниманием к малейшим болезненным расстройствам.

Такие больные охотно и по всякому поводу жалуются на свои болезненные ощущения, пространно о них рассказывают, одновременно преувеличивая во много раз действительно имеющиеся

у них расстройства из желания вызвать к себе сострадание, сочувствие. Особенно это относится к субъектам, легко внушаемым, у которых аггравация и симуляция иногда могут иметь источником неосторожные действия или слова врача.

В настоящее время хорошо известны так называемые натрогенные заболевания, то есть болезни, внушенные врачом. Неосторожные замечания или действия врача, неправильно понятые или истолкованные легко внушаемыми субъектами, могут вызвать у них иногда такие тяжелые функциональные расстройства, что эти люди могут стать совершенно нетрудоспособными. Вылечить такую внушенную врачом болезнь иной раз труднее, чем вылечить настоящее заболевание. Безобидная аггравация наблюдается у больных, желающих обратить на себя внимание врача, получить у него совет, ускорить оперативное вмешательство, быть лучше обследованными. Аггравация может возникнуть от желания больного избежать болезненных манипуляций и т. д. Все, что было сказано о патологической симуляции, относится и к аггравации, только в меньшей степени. Агграванту нет нужды измышлять и изображать болезненные симптомы, так как они у него имеются, и он их только преувеличивает. Тем не менее аггравация также может быть умышленной (злостной) и болезненной (патологической).

Врач-клиницист и судебномедицинский эксперт должны решать вопрос не только о наличии симуляции и аггравации, но и установить, какой характер носят эти состояния — умышленный или патологический. Поэтому понятны те трудности, которые приходится преодолевать при экспертизе симуляции и аггравации.

§ 76. Самоповреждение

С а м о п о в р е ж д е н и е — намеренное повреждение органов и тканей, имеющее следствием нарушение анатомической целостности или функций их. Под это понятие, кроме механических, химических и термических повреждений, подойдет и искусственное вызывание инфекционного заболевания путем самозаражения, а также ухудшение имеющегося заболевания активными действиями (растравливания), раздражение ран, язв, рубцов и т. п.

Все эти действия являются преступлением только в том случае, если они совершены намеренно. Субъект может причинить себе тяжелое расстройство здоровья, не имея, однако, злого умысла. Известно, что для лечения язв, ран, нарывов и еще ряда болезней применяются иногда так называемые «домашние», или «народные», средства. К ранам, нарывам прикладывают различные «средства», способные вызвать тяжелые осложнения. Субъект по совету окружающих или по своему

собственному разумению, применяя такое средство, может причинить себе постоянное или временное расстройство здоровья.

Самоповреждение может проявляться в многообразных формах и касаться различных органов и тканей. Преступники прибегают к различным способам и средствам для нанесения повреждений и сокрытия следов умышленного повреждения. Нет сомнения также и в том, что врач и следователь могут встретиться с новыми, неизвестными до сих пор способами и средствами самоповреждений. Однако в основном формы и способы самоповреждений, как это подтверждается обширной литературой периода империалистической войны и последующих лет, довольно хорошо изучены и разнятся между собой только в деталях.

Самоповреждения при помощи огнестрельного оружия. Самые ценные в диагностическом отношении данные могут быть получены главным образом при первоначальных осмотре и обработке раны. При дальнейшем лечении все эти признаки исчезают и установить факт самоповреждения уже очень трудно, а часто и невозможно. К тому же нужно иметь в виду, что субъект иногда умышленно является к врачу через несколько дней с нагноившейся раной, чтобы скрыть следы близкого выстрела.

Для самоповреждения применяется обычно ручное огнестрельное оружие. При выстреле из длинноствольного оружия могут прибегать к различным приспособлениям, нажимая на спусковой крючок палочкой, прутом, пальцем разнутой ноги или дергая за веревку рукой, а также вешая оружие на гвоздь, сук и т. п. Некоторые приспособления могут быть обнаружены в дальнейшем при осмотре места, где, по словам свидетелеваемого, он получил повреждение.

Объясняя причины ранения, свидетелеваемый приводит обычно вымышленные обстоятельства, при которых он получил повреждение. Чаще всего выдвигаются следующие версии: а) несчастный случай; б) нападение; в) покушение на самоубийство.

В отдельных случаях выстрел производится в прикрытые части тела. Так как широко известно, что при выстрелах на близком расстоянии остаются следы пороха, то обычно применяются различные приспособления (прокладки), устраняющие следы близкого выстрела. Выстрел производится через какой-нибудь предмет. Обнаруженные предметы со следами выстрела являются важным доказательством самоповреждения.

Субъект наносит себе такие повреждения, которые не лишают его трудоспособности. Поэтому ранения — обычно легкие и располагаются, как правило, в таких частях тела, ранение

которых не опасно для жизни, и нанесение их доступно ему самому.

Обычные места ранений при самоповреждениях — конечности. На первом месте стоят кисти, из них преимущественно левая, реже правая, затем стопы и голени, предплечья и плечи, реже бедра.

Врачу-эксперту приходится отвечать при экспертизе огнестрельных самоповреждений прежде всего на три основных вопроса¹:

1. На каком расстоянии был произведен выстрел.
2. Где входное и выходное отверстия (каково направление выстрела):
3. Из какого оружия был произведен выстрел.

Возможные ошибки в определении расстояния и направления выстрела. Разнообразие огнестрельного оружия порождает и исключительное многообразие огнестрельных повреждений. От врача-эксперта требуется чрезвычайная осторожность при оценке полученных данных. Не следует поддаваться первому впечатлению, а делать выводы нужно только на основании тщательного анализа обнаруженных изменений. Необходимо указать на некоторые источники возможных ошибок.

Следы копоти. Не всякое почернение кожи в окружности раны является следами копоти от близкого выстрела. Кожа может быть черной просто от грязи. При ранениях кисти в таких случаях полезно сравнить состояние кожи на другой руке. Почернение краев входного отверстия может возникнуть в результате прохождения пули через старую грязную одежду или обувь. За следы близкого выстрела может быть принят поясok обтирания. Из этого следует, что для доказательства близкого выстрела недостаточно обнаружить серо-черную окраску кожи вокруг входного отверстия, нужно еще доказать, что это почернение вызвано копотью. Следует помнить, что присутствие копоти может быть доказано химическим исследованием в специальных лабораториях.

Большая величина раны также не является безусловным доказательством выстрела в упор или выстрела на очень близком расстоянии. Это возможно при ранениях рикошетом, под углом, деформированной пулей и пулей на излете, когда она может входить в тело плашмя и вызывать большую рану (см. «Выходное отверстие»).

Описание огнестрельных повреждений. Эксперт обязан тщательно и подробно зафиксировать все обнаруженные изменения, то есть запотоколировать их. Недопустимо кратко, поверхностно

¹ Эти вопросы детально разобраны в разделе огнестрельных повреждений.

описывать повреждения. Записи следует составлять тут же, на месте, не откладывая их даже на несколько часов. Обязательно приложить к протоколу фотоснимок или хотя бы схематический рисунок от руки.

При описании следует подробно и точно отмечать локализацию раны, расстояние ее от общеизвестных анатомических точек, размеры, характер краев. Размеры следует указывать точно в сантиметрах, а не на глаз. Недопустимо прибегать к сравнениям (с монетами и т. п.). Если рана звездообразной формы, то необходимо измерить длину каждого луча и указать его направление. Следует измерить диаметр раны, а если она неправильной формы, то указать размеры взаимно перпендикулярных длинников. Также необходимо указать, что замечено и обнаружено в глубине раны (инородные тела, осколки костей и т. п.). Нельзя ограничиваться просто диагностированием, например: «Входное отверстие на ладонной поверхности левой кисти...» Входное и выходное отверстия и дистанция выстрела должны быть описаны так, чтобы вывод по описанию ран мог сделать любой эксперт. Особенно тщательно и точно должны быть описаны следы копоты.

Прежде всего следует указать, была ли кожа вокруг раны запачкана кровью или же кровь удалена обмыванием. Далее следует указать, имеется ли почернение тканей в глубине раны, на каких тканях, какого цвета, интенсивное или нет (черная, серо-черная, серая окраска и т. п.).

Переходя к описанию краев раны и окружающей кожи, необходимо также отмечать цвет почернения, ширину пояса почернения в сантиметрах, интенсивность, равномерность или неравномерность, резкие или нерезкие границы пояса почернения. Обязательно нужно описывать состояние и цвет кожи в окружности пояса почернения, и если ранение на кисти, то состояние кожи на другой руке. Отмечать, есть или нет внедренные порошинки (отдельные черные точки) в коже и на каком пространстве вокруг раны. При описании почернения не следует указывать, что оно вызвано копотью. Этот вывод надо делать в заключении.

Описание одежды имеет не меньшее значение, чем описание ранений. Оно должно быть таким же тщательным, точным и полным. Особенно тщательно следует описывать одежду в тех случаях, когда в ране признаки близкого выстрела отсутствуют. При описании одежды должны быть описаны локализация, размеры и характер повреждений всех слоев одежды, степень ее загрязнения, следы почернения в окружности повреждения, его размеры, цвет и интенсивность. При ранениях кисти внимательно должны быть осмотрены рукава, на которых могут быть обнаружены следы копоты. То же самое

относится и к осмотру обуви, если ранение находится на стопе или голени.

Важное значение в качестве бесспорных улик имеют вещественные доказательства: обувь, одежда и предметы личного обихода со следами близкого выстрела, инородные тела в ране. Розыск, осмотр, описание и сохранение вещественных доказательств не менее важны, чем освидетельствование самого потерпевшего. Эксперт обязан сохранить все те предметы, которые могут быть вещественными доказательствами, и передать их следователю.

Вещественные доказательства могут быть обнаружены на месте происшествия и при осмотре потерпевшего. Если есть возможность, следует обязательно осмотреть внимательно место происшествия.

Составление акта освидетельствования. При осмотре потерпевшего должен быть составлен акт освидетельствования. Он не должен возбуждать сомнений и недоуменных вопросов. Акт состоит из вступительной, описательной и заключительной частей.

Вступительная часть акта должна содержать следующие данные: дату и место освидетельствования, кем и в присутствии каких понятых производилось освидетельствование, жалобы потерпевшего и подробные показания об обстоятельствах и механизме повреждения.

Описательная часть акта должна содержать: осмотр и описание одежды; подробное описание локализации, размеров и форм повреждений и характер окружающих тканей, наличие инородных тел, их размеры, характер и особенности; описание воспроизведения потерпевшим его положения при получении повреждения. Желательно дополнить это приложенным схематическим рисунком или фотоснимком.

Заключительная часть акта должна содержать мнение эксперта о характере повреждения с обязательной подробной мотивировкой. Заключение эксперта должно вытекать непосредственно из объективных данных и должно быть строго обоснованным. Под описательной частью подписываются врач-эксперт и понятые, а также следователь, если он присутствовал при освидетельствовании. Заключительную часть подписывает только врач-эксперт.

Доказательство самоповреждения основывается только на тщательном анализе всех материалов дела: на характере повреждений, обстоятельствах дела, вещественных доказательствах. Например, сам по себе факт ранения левой кисти еще не является основанием для подозрения самоповреждения. Но если при этом обнаруживаются признаки выстрела в упор или на близком расстоянии, если у свидетельствуемого находят предметы

с признаками близкого выстрела, если его объяснение не соответствует объективным данным, то подозрение в самоповреждении во всех этих фактах получает объективное подтверждение. Признаки выстрела в упор или на близком расстоянии, являясь весьма подозрительными на самоповреждение, в то же время не могут считаться безусловным доказательством намеренного самоповреждения.

Самоповреждение при помощи острых орудий. Самоповреждение при помощи острых орудий в каждом конкретном случае объясняется свидетельствуемым соответствующими вымышленными обстоятельствами дела. Обычно такие умышленные повреждения выдаются за несчастный случай во время работы. Например, во время колки дров топор соскользнул и удар пришелся по пальцам, или же при попытке разрубить на кухне большую кость потерпевший якобы промахнулся и ударил топором по ноге. Третий обтесывал колышки острым топором и как бы случайно обрубил себе пальцы, или же выдвигается версия о том, что повреждение получено при нападении, в то время, когда потерпевший поднял руку для самозащиты.

Кроме пальцев рук, повреждаются пальцы ног, реже стопы и голени. Повреждения острыми орудиями на других частях тела (на шее, груди, животе) встречаются редко и объясняются обычно попытками к самоубийству. В этих случаях нужно обращать внимание на локализацию повреждения в смысле действительной опасности для жизни, глубину повреждений (при самоповреждениях они бывают большей частью поверхностными), число ран.

При освидетельствовании и экспертизе потерпевших с такими повреждениями следует обращать внимание и описывать следующие, имеющие существенное значение для суждения о происхождении повреждений детали.

Локализация повреждения должна быть точно указана и описана. Какие части тела отделены, на каком уровне, каково соотношение их с окружающими частями. **Края раны** имеют большое значение, в частности, для суждения об остроте лезвия, о силе удара, плотности той опоры, на которой находилась поврежденная часть тела, положении части тела в момент нанесения повреждения (на весу или, наоборот, на опоре).

Гладкие ровные края раны как мягких тканей, так и кости могут свидетельствовать о том, что орудие было острым, удар сильным и резким, поврежденная конечность находилась на плотной опоре. Неровные, слегка размятые края раны, особенно сопровождавшиеся растрескиванием или надтрескиванием трубчатых костей, фаланг, с осколками костей в ране могут зависеть от того, что орудие было тяжелым, с тупым лезвием, удар был неуверенным, опора, подкладка под повреждаемой частью

тела не была достаточно плотной. Если палец отделен не полностью, а сохранился мостик из мягких тканей или если при полном отделении пальца на одном из краев раны остается лоскут кожи в виде выступа, хвостика, то можно предположить, что удар был получен в то время, когда конечность находилась на весу, не имела опоры, при этом не будет и гладкой поверхности кости.

Направление раны, линия отделения, скошенность краев в ту или иную сторону и по отношению к окружающим тканям и органам должны быть обязательно указаны, так как по всем этим данным можно судить о положении, в каком находилась конечность в момент нанесения удара. Например, при осмотре левой кисти у одного субъекта, отрубившего себе часть первого пальца левой руки, было обнаружено следующее: край культи ровный как в мягких тканях, так и кости. Линия отделения идет в косом направлении по отношению к длиннику пальца. Верхний конец этой линии с ладонной и тыльной поверхностями обращен к указательному пальцу, а нижний конец направлен кнаружи. Вывод: 1) часть первого пальца была отрублена сильным ударом острого рубящего орудия (например, топора); 2) острие топора в момент удара находилось под острым углом по отношению к длиннику пальца; 3) палец мог быть отделен только ударом по тыльной его поверхности. Если бы удар был произведен по ладонной поверхности пальца, то при обычном держании топора линия отделения проходила бы в обратном направлении.

Глубина раны дает возможность судить о силе удара, тяжести орудия и т. д. В качестве ценного вспомогательного метода исследования обязательно следует прибегать к рентгену, производить снимки и их приобщать к делу. Снимки дадут возможность судить о состоянии костей (наличии трещин), направлении линии отделения кости и т. п. Снимки необходимо делать и в тех случаях, когда произошло рубцевание культи. При осмотре и освидетельствовании желательно прикладывать к акту или фотоснимок, или же просто схематическую зарисовку повреждения. Если повреждена кисть, зарисовку нужно делать с ладонной и тыльной поверхностями отдельно.

Доказательством, исключающим случайность повреждения, является наличие нескольких повреждений, расположенных друг около друга (особенно параллельных). Опыт показывает, что при намеренном повреждении субъект иногда наносит несколько повреждений, расположенных параллельно друг другу. Наличие таких засечек указывает, что он как бы примерился к тому, как и где ему нанести удар.

Иногда наносится несколько ударов, параллельных друг другу и полностью отделяющих пальцы на различных уровнях.

Это может быть установлено при осмотре отделенных частей пальцев. Засечки могут быть обнаружены как на отрубленных частях пальцев, так и на культиях. При заживании культей следы засечек могут быть обнаружены в виде параллельных рубчиков. Если осмотром установлено, что был нанесен не один, а несколько ударов, то факт намеренного нанесения повреждения налицо.

Если повреждения локализуются на частях тела, прикрытых одеждой или обувью, то необходимо не только осмотреть повреждения на одежде или обуви, но и выяснить соотношение повреждений на одежде или обуви с повреждениями на теле. Дело в том, что в отдельных случаях прежде наносится повреждение, а затем уже повреждается одежда или обувь. При этом повреждение одежды или обуви не всегда совпадает по расположению с повреждениями на теле. Различные слои одежды также могут повреждаться на различном уровне, причем некоторые части одежды в спешке или по оплошности могут оказаться вовсе не поврежденными.

В одном случае субъект отрубил палец на ноге, затем прорезал сапог в соответствующем месте, обернул ногу портянкой, обулся и пошел к врачу. Врач обратил внимание на то, что портянка цела, в то время как сапог поврежден, а палец отрублен. Таким образом, преступление было раскрыто, и преступник сознался.

При осмотре одежды и обуви также могут быть обнаружены доказательства намеренного нанесения повреждений. Об этом может свидетельствовать, например, несовпадение повреждения на одежде или обуви и на теле. В приведенном примере преступник, примеряя, в каком месте ему прорезать сапог, нанес на сапог ряд параллельных царапин. При экспертизе эти царапины на увеличенной фотоснимке очень хорошо стали заметны. Предъявленный преступнику фотоснимок заставил его сознаться в совершенном преступлении.

Из сказанного следует, что роль вещественных доказательств и при этом способе самоповреждения чрезвычайно велика. Поэтому необходимо все вещественные доказательства обязательно сохранять и передавать следователю. Должны быть изъяты орудия преступления, те опоры и подкладки, на которых отрубались части тела (плахи, поленья, палки), те предметы, при работе с которыми получено повреждение, части одежды с повреждениями, обувь и, наконец, отделенные части тела (пальцы). Последние следует помещать в 10%-ный раствор формалина или в спирт. Наконец, не следует забывать осматривать и место происшествия. При этом необходимо зафиксировать в протоколе обстановку происшествия, расположение различных объектов, следов крови и т. п. Желательно приложить

к протоколу осмотра места происшествия фотоснимки или схему. Полезно также при участии потерпевшего восстанавливать обстановку, при которой было получено повреждение.

Самоповреждение при помощи транспортных машин. Самоповреждение может быть произведено подкладыванием конечностей под колеса железнодорожных вагонов, тракторов. Подкладываются руки, чаще всего только пальцы (один или несколько). Потерпевший объясняет полученное повреждение случайностью. Такой способ самоповреждения может встретиться с целью симуляции несчастного случая для получения, например, вознаграждения. Обширность и тяжесть полученных таким способом повреждений не всегда одинакова. В одних случаях можно видеть отрыв пальцев с размятием, размозжением мягких тканей и раздроблением костей. Края отрывов размятые, бахромчатые. Различные ткани разделены на неодинаковом уровне. Сухожилия могут быть вытянуты со значительной глубины и потом оборваны. Поэтому на отдавленных пальцах можно видеть сухожилия, свисающие в виде длинных нитей или лент. Кожа по краям отрыва может быть на значительном протяжении (равном иногда ширине давящей части колеса) осаднена. Такие повреждения не оставляют никаких сомнений в их происхождении.

Но встречаются случаи, когда субъект пытается скрыть истинную причину повреждения и объясняет травму иным образом. При этом могут применяться известные предосторожности. Например, один сторож охранял железнодорожный состав. При смене он заявил, что с платформы упал тяжелый железный бак и повредил ему левую руку. На тыльной поверхности 3-го и 5-го пальцев левой кисти было несколько поперечных разрывов кожи. Фаланги были припухшие, кровоподтечные, но не везде. После осмотра места происшествия его рассказ вызвал сомнение. Оно было поддержано экспертом, осмотревшим его руку. После некоторого заперательства сторож изменил свой рассказ и заявил, что стоял, облокотившись на железнодорожную платформу. От неожиданного толчка состава потерял равновесие, упал и левой рукой попал под колесо вагона. При осмотре колеса обнаружили следы крови, а при обыске потерпевшего нашли толстую шерстяную окровавленную варежку. В конце концов он сознался в том, что намеренно положил пальцы под колесо вагона, надев предварительно варежку, чтобы скрыть истинный характер повреждения.

Ввиду большой эластичности кожи внешние изменения при таких травмах могут быть и невелики. Целость кожи может не нарушаться. Ткани же в глубине могут быть размяты, пропитаны кровью, а кости раздроблены. Осмотр места происшествия может обнаружить следы крови, обрывки тканей на рельсах, на

колесах и т. п. Вещественные доказательства также должны быть изъяты и сохранены. Иногда полезно привлекать к экспертизе старых, опытных железнодорожников для уяснения правдоподобности обстановки происшествия. Необходимо также проверить следственные эксперименты.

Самоповреждение посредством прикладывания ядовитых растений или же их сока. Соки некоторых растений обладают свойством вызывать раздражение кожи, напоминающее ожоги или даже поражение ипритом. Наиболее известным и распространенным растением с такими ядовитыми свойствами является лютик («куриная слепота»), широко встречающийся у нас в болотистых местах, на лугах, в рощах. Ядовиты его свежие и сушеные цветы, лепестки и стебли. Ядовитые свойства лютика широко известны. В силу этого известны случаи применения лютика с целью самоповреждения. Повязка, смоченная соком лютика или содержащая лепестки цветка, через 1 час вызывает красноту с резкими границами, а через 4—5 часов развитие пузыря с серозным содержимым. Содержимое пузыря быстро становится студенистым и принимает беловатый вид. Через 1—2 недели в зависимости от величины пузырь ликвидируется, омертвевшие участки эпидермиса отделяются и наблюдается заживление. В дальнейшем на месте поражения остается буро-коричневая окраска кожи, сохраняющаяся месяцами (рис. 123, 124).

Распознавание лютиковых ожогов не представляет особых затруднений. При осмотре таких поражений первое впечатление ожога второй степени исчезает при детальном исследовании. Основной элемент — пузырь — отличается от пузыря при термическом ожоге беловатым цветом. Пузырь окружен каемкой красной кожи с резкими границами. О возможности смешивания лютиковых ожогов с ипритными поражениями речь может идти только в отдельных, исключительных случаях.

Потерпевшие обычно и не стараются выдать лютиковые ожоги за термические. Они либо не знают якобы, от чего получили ожоги (при случайном поражении), либо объясняют раздражением от лекарственных средств (при намеренном поражении).

Установление самоповреждения. В периоды цветения лютика случайные повреждения кожи возможны и не составляют редкости. Располагаются они на не защищенных одеждой и обувью частях тела. Летом при ходьбе босиком или в тапочках и трусиках лютиковые ожоги располагаются в области голеностопных суставов, голеней, бедер, на тыле стопы. На коже живота и груди ожоги могут возникнуть при лежании на траве. При случайном поражении отдельные участки не

велики и не превышают размеров цветка лютика, то есть 0,5—1,0—1,5 см, и встречаются группами, по несколько пузырьков различной формы. Одиночные крупные пузыри по несколько сантиметров в диаметре не могут возникнуть случайно от одного или нескольких цветков, а свидетельствуют о намеренном втирании или прикладывании большого количества сока или



Рис. 123. Лютиковый дерматит. Стадия пузыря



Рис. 124. След от прикладывания к коже листьев лютика

цветков лютика. Появление лютиковых ожогов в холодное время года свидетельствует о применении засушенных цветков и, следовательно, является намеренным, то есть должно рассматриваться как самоповреждение.

Искусственные струпы. Искусственные струпы получают от едких, прижигающих веществ. Преимущественная локализация струпов — кисти, голени. Возникающие от прижигания едкими веществами струпы не сопровождаются явлениями резкого воспаления в окружающих тканях. Скоро появляются ясные, четкие границы, через несколько дней струп отпадает и остается язва с правильными круглыми краями.

Искусственные язвы располагаются чаще всего на голени и стопе, где их происхождение легче объяснить, как последствие травмы, заболевания сосудов, расширения вен и т. п. Язвы встречаются чаще одиночные, реже множественные в виде

язвенного воспаления кожи. В одних случаях едкие вещества наносятся прямо на кожу, в других — к коже прикладывают горячие и раскаленные монеты, пряжки и другие металлические предметы. Чистяков наблюдал язвы, вызванные мокрой древесной золой. Язва возникает через 3 часа от накладывания золы прямо на кожу и через 6 часов после прикладывания ее в тряпочке. Образовавшиеся искусственные язвы в дальнейшем поддерживаются постоянным растравливанием или теми же веществами, или иными средствами (рис. 125).

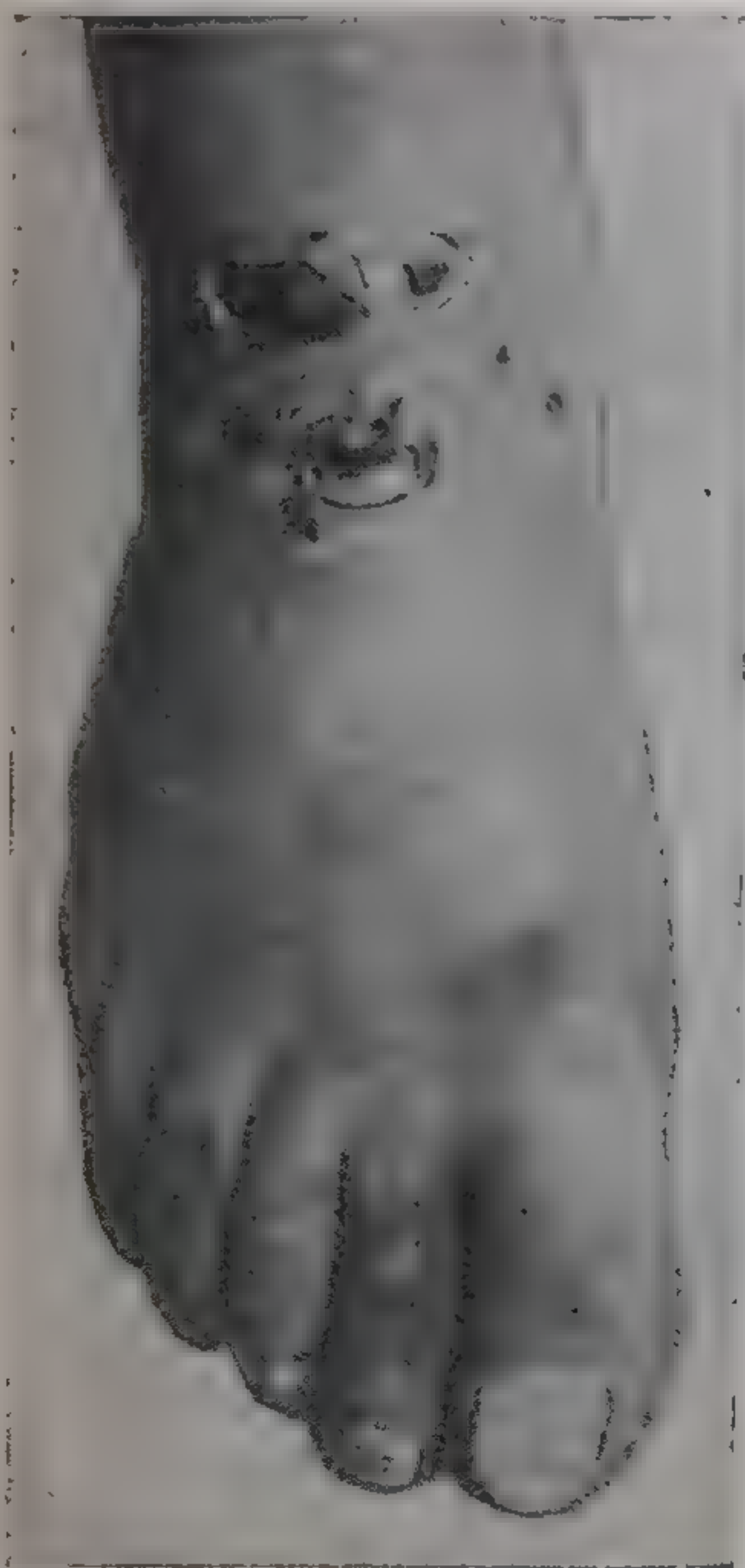


Рис. 125. Искусственные язвы кожи передней поверхности голеностопного сустава

почке. Образовавшиеся искусственные язвы в дальнейшем поддерживаются постоянным растравливанием или теми же веществами, или иными средствами (рис. 125).

Диагностика искусственных заболеваний кожи для опытного специалиста в большинстве случаев не представляет трудностей. Распознавание основывается на неправдоподобии и противоречиях в объяснениях свидетельствуемого относительно происхождения и расположения кожных элементов. Воспроизвести типичную картину того или иного кожного заболевания по существу невозможно.

Искусственное гнойное воспаление подкожной клетчатки (флегмоны и абсцессы). Гнойное воспаление подкожно-жировой клетчатки (флегмоны и абсцессы) вызываются искусственным путем посредством введения под кожу различных средств. Все применяемые для этой цели вещества можно разделить на 3 группы: 1) химические вещества, 2) инородные тела, 3) инфицированные материалы.

Искусственные опухоли. Среди других форм самоповреждений встречаются искусственные опухоли. Искусственные опухоли получают введением под кожу различных трудно рассасывающихся и в то же время индифферентных веществ. Так, со времени первой империалистической войны известны случаи введения вазелинового, машинного, костяного (технического) и растительных масел. Но наибольшую известность в то время получил парафин. Все перечисленные средства, введенные под кожу, образуют ограниченные припухлости, опухоли, известные под названием олеом, парафином, вазелином. Они очень стойки, могут сохраняться годами и очень медленно уменьшаются в объеме.

Симулируя ряд заболеваний в зависимости от локализации присоединившихся осложнений и течения, они могут вводить врачей в заблуждение. Для введения под кожу применялись парафины с низкой точкой плавления ($42-60^{\circ}$). Локализация парафином самая разнообразная, но преимущественно на левой половине тела. Описаны случаи парафином на спине, ягодицах, в области нижней челюсти. Наиболее часто опухоли располагаются на конечностях, чаще нижних, реже верхних, особенно в области больших суставов, тыла кисти, что дает возможность предъявлять жалобы на затруднение движения.

Парафиновые опухоли могут давать серьезные осложнения спустя много лет после введения парафина.

Самоповреждение в области органа зрения. Глаз иногда бывает объектом самоповреждения. Быстрая реакция на различные внешние раздражения, появляющаяся светобоязнь, слезотечение, различного рода отделяемое, то есть объективные признаки заболевания глаза, делают доступной попытку самоповреждения. Кроме того, поражение глаза вызывает у врача уверенность в тяжелом заболевании. При этой форме самоповреждения, как, впрочем, и при всякой другой, следует помнить, что появление нескольких однотипных заболеваний неинфекционного (а иногда и инфекционного) происхождения особенно среди лиц из одной местности могут вызвать подозрение на самоповреждение. Искусственно воспроизводиться могут многие заболевания глаза. Умышленно различные заболевания глаз вызываются преимущественно применением либо механических, либо химических средств. Повреждается преимущественно правый глаз, значительно реже — левый или оба глаза. Заключение об искусственном характере заболевания основывается на предварительных данных, специальном офтальмологическом исследовании, а иногда и дополнительных (микроскопическом, химическом) исследованиях. Тяжесть поражения сама по себе не исключает самоповреждения, так как иногда вызывались тяжелые заболевания, заканчивающиеся стойкой слепотой на один и даже на оба глаза.

Самоповреждение и психические заболевания. При освидетельствовании заподозренных в самоповреждении эксперт не должен упускать из вида возможности психического заболевания у свидетельствуемого. Нужно всегда иметь в виду и то обстоятельство, что самоповреждение может быть одним из проявлений психического заболевания и что среди свидетельствуемых могут встречаться психически больные люди. У психически больных самоповреждения — не редкое явление. Иной раз сама форма самоповреждения должна натолкнуть врача на мысль о том, что перед ним психически больной человек. Так, известны

случаи вылушения глаза, ранения полового члена, яичек и тому подобных повреждений у душевнобольных. Поэтому при опросе свидетельствуемого необходимо обращать внимание на психическое состояние свидетельствуемого, в случае надобности — направлять его на испытание в лечебное учреждение и прибегать к судебнопсихиатрической экспертизе.

Некоторые общие моменты в распознавании искусственных и притворных болезней. Диагностика искусственных и притворных болезней — сложное и трудное дело, требующее много терпения, времени, наблюдательности и главное врачебного опыта. Каких-либо специальных методов и способов раскрытия этих болезней не существует. В процессе обследования необходимо обращать внимание на некоторые общие признаки медицинского и немедицинского характера, которые могут помочь распознать эти болезни. Каждый из них в отдельности не имеет, конечно, решающего значения. По мере накопления эти признаки заставляют врача заподозрить симуляцию, а иногда дают возможность и разоблачить ее. Некоторые из этих признаков нужно учитывать и, следовательно, при расследовании дел об искусственных и притворных болезнях.

К таким признакам относятся:

Появление группы однородных заболеваний незаразного, а иногда и заразного характера — существенный признак, который может прямо указывать на симуляцию или самоповреждение. Особенное значение имеет при этом появление групповых заболеваний или происхождение больных из одной местности.

Очень редко симулянт может воспроизвести полную картину болезни просто потому, что это требует известных знаний. Вот почему симулируется один или несколько симптомов заболевания, в то время как другие, столь же или более постоянные для данной болезни, отсутствуют. К тому же симулируемые симптомы резко преувеличиваются. Поэтому вместо определенного заболевания врач видит отдельные, вырванные из общей картины, преувеличенные симптомы. Могут отсутствовать симптомы, обязательные для данного заболевания, или же симптомы болезни не соответствуют определенным срокам или периодам заболевания. О симуляции же свидетельствует несоответствие картины болезни, во-первых, давности, указываемой испытуемым, во-вторых, причине, которой он объясняет свою болезнь.

При заболеваниях, не имеющих характерного цикла течения, при продолжительных, хронических страданиях наблюдаются более или менее длительные улучшения, чего при симуляции обычно не бывает. «Болезнь» упорно не поддается ни лечению, ни режиму. Время от времени появляются беспричинные обострения и ухудшения. Подозрительными являются постоянная

и одинаковая локализация и интенсивность различных болезненных ощущений (невралгий, мышечных и суставных болей и т. п.).

Внезапное выздоровление может также указывать на симуляцию. Изменение условий, благоприятствовавших симулянту, может повести к внезапному выздоровлению. Наложение предохранительных повязок при кожных заболеваниях, болезнях глаз, носовых кровотечениях и т. д. может повести к быстрому излечению болезни. При симуляции длительного, хронического заболевания симулянт может неожиданно выздороветь, когда убедится в том, что он не может больше продолжать обмана.

Поведение симулянта может само по себе изобличать его. Симулянт меньше видит, чем слепой, хуже слышит, чем глухой, хромает больше, чем хромой. В самом деле, слепой обладает известной ориентировкой в пространстве, походка и движения его осторожны. Прежде чем передвинуться, он ощупывает ногами или палкой почву перед собой. Симулянт, стараясь показать себя слепым, преувеличивает поведение слепого, нарочито ищет препятствий, натывается на них. Если слепому предложить дотронуться концом пальца до кончика носа, то он это сейчас же исполнит. Симулянт же этого не сделает, а будет попадать пальцем мимо носа. Если слепого заставить вытянуть руки и посмотреть на пальцы, он это выполнит. Симулянт сочтет эту задачу для себя невыполнимой.

Точно так же, если сзади глухого уронить на пол тяжелый предмет, то он обернется, почувствовав сотрясение пола. Симулянт не обернется из опасения, что он не должен слышать стука.

Аггравант с незначительной припухлостью или язвой на ноге сильно хромает или заявляет, что он вовсе не может ходить. При осмотре он указывает на такую болезненность, которая явно не соответствует объективным изменениям. При наличии, например, старых и незначительных изменений в области сустава он утверждает, что не может производить активных движений в этом суставе, а попытка врача произвести пассивные движения вызывает напряжение мышц и фиксацию сустава.

Иногда может броситься в глаза чрезмерная болтливость и навязчивость у симулянтов. Они постоянно говорят о своих болезнях, стараются обратить на себя внимание, жалуются на безуспешность лечения, жалобы их стереотипны, повторяются в одних и тех же выражениях. Различным лицам они заявляют неодинаковые жалобы. Если симулянт видит, что его жалобы производят недостаточное впечатление, он либо преувеличивает их, либо начинает предъявлять новые жалобы, настойчиво убеждая врача в своей болезни. У него всегда в запасе всякие

справки и удостоверения, подтверждающие его болезнь, как давно прошедшие, так и продолжающиеся. Он носит повязки, пластыри, бандажи, суспензории и т. д.

Характер поведения во многом зависит от личности симулянта, степени его развития и культурности. Мало развитые субъекты симулируют грубо, наивно. Интеллектуально развитой симулянт прибегает к более тонким уловкам, выпячивает отдельные симптомы, чаще субъективного характера, которые труднее поддаются объективному учету. Все это должно приниматься во внимание врачом. Конечно, ценность перечисленных признаков относительна и неодинакова.

Эксперт должен поставить себе за правило: не подходить к испытуемому, как к обвиняемому. Предвзятое мнение в подходе к больному, как к симулянту, может привести врача к тяжелым ошибкам. Другим непеременимым условием является полнота обследования. Ни в коем случае нельзя поддаваться первому, беглому впечатлению и делать необоснованные выводы. Заключение о симуляции должно быть естественным, логическим выводом подробного клинического исследования.

Существенным моментом в методике обследования испытуемого является поведение эксперта. До окончания исследования эксперт ничем не должен выдавать сомнений в действительной сущности заболевания даже при явной симуляции. Симулянт до конца обследования должен быть уверен в том, что его считают больным. Это даст возможность в процессе обследования получить иногда ряд противоречивых данных. Если эксперт преждевременно обнаружит свои сомнения, то этим он может побудить симулянта изменить некоторые жалобы или симптомы изображаемого заболевания. При собирании анамнеза лучше всего дать испытуемому самому изложить жалобы и развитие болезни, чтобы наводящими вопросами не натолкнуть его на новые жалобы. Нередко при этом больной начинает прибавлять к прежним жалобам все новые и новые, что, в свою очередь, заставит сомневаться в правильности его показаний.

Известно, что симулянты охотнее симулируют субъективные асстройства, симуляцию которых труднее доказать. Поэтому у экспертов нередко можно встретить скептическое отношение к субъективным ощущениям испытуемого и нежелание считаться с ними, что совершенно неправильно. Разве всегда могут быть диагностированы многие субъективные ощущения: головокружение, головные боли, невралгии, общая слабость и т. д.? А эти симптомы могут появиться в начальном периоде очень тяжелых заболеваний. Головная боль может быть симптомом водянки мозга, опухоли мозга, повышения внутричерепного давления. Бессимптомно могут протекать очень многие заболевания и даже такие, как крупозное воспаление легких, воспале-

ние брюшины и др. Добросовестный врач не может не считаться с субъективными симптомами и не придавать им никакого значения. Внимательное и всестороннее обследование и тщательное наблюдение испытуемого дадут возможность врачу правильно оценить предъявляемые субъективные симптомы.

Значение объективных симптомов также не следует переоценивать. Внезапное выздоровление наблюдается не только у симулянтов, но и у истериков и невропатов от применения простых лечебных и нелечебных средств и манипуляций. Огромную роль в этом играет внушение. Внезапное выздоровление может наступить при электризации, гипнозе и даже применении индифферентных средств. Например, физиологический раствор поваренной соли, данный больному, страдающему бессонницей, вместо брома, подействовал очень быстро, как снотворное средство. Таких примеров можно привести множество. Но при этом нужно иметь в виду, что симулянт, чувствуя разоблачение, может симулировать медленное выздоровление.

Основным и решающим в диагностике симуляции является тщательное, объективное, всестороннее и специальное клиническое исследование. Диагностика симуляции — это клиническая диагностика заболевания. Для диагностики симуляции должны применяться все объективные методы исследования, которыми пользуется в настоящее время клиника (рентгенологическое, лабораторное, химическое и биологическое исследования и т. д.). Учитывая все, что было сказано относительно тесной связи истерии и симуляции и возможности ошибочного диагноза, нужно поставить за правило обязательное неврологическое и психиатрическое обследования лиц, заподозренных в симуляции.

Некоторые методы, применявшиеся ранее, в дореволюционное время да и теперь применяемые за рубежом для диагноза симуляции и имеющие целью вырвать признание у испытуемого, у нас решительно осуждены и запрещены как противоречащие принципам советской медицины.

Не нужно думать, что объективные методы клинического исследования являются абсолютно надежным средством распознавания симуляции. Очень многое зависит от того, кто и как этими средствами владеет, то есть от личности эксперта.

Следственный эксперимент. В делах о самоповреждении большую помощь как для понимания происшедшего, так и для раскрытия преступления может оказать следственный эксперимент.

Следственный эксперимент имеет целью на основании материалов дела восстановить происшествие. Для этого следователь выезжает на место происшествия в сопровождении подозреваемого

и свидетелей, если они имеются, восстанавливает обстановку происшествия, положение потерпевшего, оружия, окружающих предметов и т. д. К следственному эксперименту необходимо привлекать судебномедицинского эксперта, которому могут быть предложены вопросы, например, о направлении выстрела, возможности ранения при определенном положении оружия и т. д.

К следственному эксперименту могут быть привлечены и другие лица. Но следственный эксперимент далеко не всегда возможно провести на месте происшествия. Из этого не следует, что от него нужно отказаться. Следственный эксперимент иногда можно провести и в кабинете следователя. Потерпевший, например, может показать свое положение и положение оружия в момент получения повреждения. Следственный эксперимент должен быть зафиксирован в протоколе, на фотоснимках и на плане места и обстановки происшествия.

§ 77. Вопросы, разрешаемые судебномедицинской экспертизой при искусственных и притворных болезнях

Правильность проведения судебномедицинской экспертизы во многом зависит от умения следователя правильно и исчерпывающе сформулировать вопросы экспертизе. Иногда эксперт получает от следователя дело без вопросов, оно просто направляется для заключения. Это, конечно, неправильно и указывает лишь на то, что следователь недостаточно уяснил себе сущность дела и не знает, какие вопросы ему нужно поставить на разрешение экспертизы. Если следователь затрудняется поставить вопросы экспертизе, то ему можно рекомендовать до направления дела в комиссию экспертов вызвать к себе для консультации судебномедицинского эксперта и вместе с ним уточнить, какие вопросы должны быть поставлены на разрешение судебномедицинской экспертизы.

Предусмотреть все вопросы, которые могут возникнуть в каждом конкретном деле, конечно, невозможно. Можно только привести типичные, основные вопросы, которые приходится ставить на разрешение перед судебномедицинской экспертизой.

1. По поводу симуляции.

Какое заболевание обнаружено у испытуемого и его причины?

Подтверждается ли болезнь объективными данными или их нет?

Объясняется ли отсутствие объективных данных характером заболевания или болезнь изображается (симулируется) испытуемым?

Типично или нетипично протекает заболевание у испытуемого?

Не объясняется ли необычность течения болезни преувеличением отдельных симптомов болезни (аггравацией)?

Соответствует ли объективным данным указание испытуемого о причинах и давности заболевания (время начала заболевания)?

Каково отношение испытуемого к лечению? Нет ли попыток ухудшить или замедлить течение болезни отказом, невыполнением лечебных мероприятий и процедур или какими-либо другими способами? Не замечается ли попыток словесными утверждениями преуменьшить результаты лечения?

Какими объективными данными подтверждается симуляция (аггравация) испытуемым предъявляемого им заболевания?

Является ли симуляция (аггравация) сознательной или же она есть следствие болезненного состояния испытуемого (истерии, какого-либо душевного заболевания)?

Если симуляция (аггравация) — следствие болезненного состояния испытуемого, то вменяем ли он и в какой степени?

Считают ли эксперты доказанным ложное создание испытуемым картины заболевания?

2. По поводу самоповреждения.

Какое повреждение или искусственная болезнь обнаружены у потерпевшего? Чем (орудием или средством) и каким способом оно было нанесено?

Соответствуют ли даваемые потерпевшим объяснения обстоятельств получения повреждения объективным данным?

Возможно ли воспроизведение обнаруженных изменений самим потерпевшим?

На каком расстоянии был произведен выстрел? Каково направление выстрела? Где входное и выходное отверстия (при огнестрельных повреждениях)?

Возможно ли установить, из какого оружия был произведен выстрел?

Соответствует ли объективным данным показание потерпевшего о давности получения повреждения?

Не обнаружено ли в области повреждения остатков или следов действия каких-либо веществ, которыми могло быть вызвано повреждение?

Какова тяжесть повреждения и опасность его для жизни?

Какой срок необходим для излечения повреждения?

Каково отношение потерпевшего к лечению? Нет ли попыток ухудшить или замедлить излечение пассивными (невыполнение лечебных мероприятий) или активными (растравливание, расколывание, срывание повязки и т. п.) действиями?

Каково психическое состояние потерпевшего и нет ли надобности в судебнопсихиатрической экспертизе?

В каждом конкретном случае, в зависимости от его особенностей, вопросы могут быть дополнены или изменены.

ГЛАВА XVII

ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВОГО СОСТОЯНИЯ

§ 78. Определение половой зрелости. § 79. Установление половой неприкосновенности (девственности). § 80. Определение производительной способности. § 81. Спорное половое состояние (гермафродитизм)

Экспертиза полового состояния производится по следующим поводам:

- 1) Для определения половой зрелости;
- 2) Для определения половой неприкосновенности (девственности);
- 3) Для определения производительной способности;
- 4) Для определения спорного полового состояния — гермафродитизма;
- 5) Для определения беременности, родов, аборта.

§ 78. Определение половой зрелости

Половой зрелостью называется такое физиологическое состояние организма, которое характеризуется достижением способности полного выполнения половых функций.

Статья 5 Кодекса законов о браке, семье и опеке РСФСР устанавливает брачный возраст в 18 лет. Президиумы Верховных Советов автономных республик, областные исполнительные комитеты автономных областей, районные исполкомы, а также городские и районные Советы в городах могут в исключительных случаях по отдельным ходатайствам понижать для женщины установленный кодексом брачный возраст, но не более чем на один год.

Определять половую зрелость требуется в делах о половых преступлениях и при нарушении закона о брачном возрасте. Ко времени достижения брачного возраста организм обычно бывает достаточно развит и подготовлен для выполнения половых функций. Однако половая зрелость не связана именно с этим определенным возрастом. Половая зрелость может наступить ранее 18-летнего возраста, а иногда и позже 18 лет.

Наступлению половой зрелости предшествует период полового созревания, продолжающийся несколько лет и завершающийся достижением половой зрелости.

У мальчиков наступление половой зрелости заключается в появлении способности к половому сношению и оплодотворению. В периоде полового созревания одновременно с физическим развитием происходит формирование половых органов, пигментация их, развитие волосяного покрова на лобке, в подмышечных впадинах, на верхней губе и подбородке. Меняется тембр голоса, появляется эрекция полового члена и поллюции. Способность к половому сношению появляется рано, иногда с 10 лет. Выделение семенной жидкости, содержащей сперматозоиды, происходит уже с 15—17 лет. Надобность в определении половой зрелости у мальчиков редко встречается в практике.

Под половой зрелостью девушки понимается достижение ее организмом состояния, при котором возможно выполнение половых функций: полового сношения, зачатия, нормального родоразрешения и вскармливания ребенка. В этом смысле и определяется половая зрелость в тех случаях, когда перед судом возникает необходимость ее установить.

Достижение половой зрелости и развитие половых функций наступает не сразу и не одновременно, а на протяжении нескольких лет.

Наступление периода полового созревания у женщины характеризуется появлением функций яичников, внешне выражающимся появлением менструаций, что относится обычно к возрасту 13—15 лет с колебаниями в ту и другую сторону. В более южных широтах появление менструаций отмечается значительно раньше, в 11—12 лет, в северных широтах, наоборот, позднее, иногда даже в 18—20 лет. Появление менструации означает начало функционирования женских половых желез — яичников, в которых вырабатываются яйцеклетки. Яйцеклетки из яичника поступают в матку, слизистая оболочка которой к этому времени подготавливается к восприятию яйца. Если не наступает оплодотворение яйца, последнее гибнет, а слизистая оболочка матки восстанавливается, что сопровождается частичным отпадением слизистой оболочки, кровянистыми выделениями — менструацией.

Одновременно с появлением менструаций развиваются так называемые вторичные половые признаки: развиваются грудные железы, появляется волосяной покров на лобке, в окружности половых органов, в подмышечных впадинах. Развитие вторичных половых признаков гармонично сочетается с развитием всего организма девушки, в частности, развитием таза, отложением подкожной жировой клетчатки, благодаря чему формы тела приобретают округлость. Процесс полового созревания заканчивается достижением половой зрелости, то есть способности к выполнению всех половых функций.

Возможность выполнения отдельных половых функций может быть и не связана с достижением половой зрелости.

Способность к половому сношению может появиться иногда уже с 13—14 лет. Способность к зачатию возможна с появлением менструации, то есть иногда уже с 10—11 лет. К этому же возрасту относится и появление способности к вынашиванию ребенка. Способность к родам появляется несколько позднее. Однако роды возможны иногда значительно ранее достижения половой зрелости.

Заключение о достижении половой зрелости может быть дано только при условии установления физиологической способности выполнения всех половых функций. Необходимо при этом обращать внимание на общее психическое развитие свидетельствуемой, учитывая возможность достижения половой зрелости значительно ранее брачного возраста и несоответствие между физическим и психическим развитием.

Примеры:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

29 октября 1956 г. на основании постановления следователя прокуратуры г. О. юриста 2-го класса Овчинникова от 27 октября 1959 г. судебно-медицинская экспертная комиссия в составе: судебно-медицинского эксперта г. О. Лебедева М. И. и врачей-гинекологов поликлиники № 3 г. О. Сизовой Д. К. и Райнберг К. Г., произвела освидетельствование подростка Зайцевой Зиной, 14 лет, для решения вопроса о достижении ею половой зрелости.

Обстоятельства дела

Из постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы известно, что гр-н Маслов, будучи знаком с ученицей 4-го класса Зайцевой Зиной, в ночь с 30 апреля на 1 мая 1959 г. имел с ней половое сношение. В конце июля 1959 года с Зайцевой имел неоднократные половые сношения гр-н Захаров. 10 сентября 1959 г. Зайцева обратилась в детскую консультацию по поводу болей в животе. Врачами была установлена у Зайцевой беременность сроком 20—22 недели.

Специальный анамнез: менструации появились на 12 году, продолжались по 5—6 дней. Последняя менструация закончилась 29 апреля 1959 г. В школе училась плохо, оставалась на второй год, окончила 4 класса.

Данные объективного исследования: свидетельствуемая имеет рост 143 см, вес — 44 кг, окружность груди — 72 см, окружность голы — 53 см, окружность плеча — 18 см, бедра — 40 см. Зубов 28. Размеры таза: расстояние между остями подвздошных костей — 22 см, между гребешками — 24 см, между вертелами — 26 см, наружная конъюгата — 16 см. При внешнем осмотре обращает на себя внимание укорочение верхних и нижних конечностей при умеренной длине туловища. Мышечная система развита слабо. Молочные железы грушевидной формы, отвисают, размерами 11×11 см каждая. Соски и околососковые кружки хорошо развиты. Волосы в подмышечных впадинах и на лобке развиты слабо. Наружные половые органы недоразвиты (инфантильные): большие половые губы плохо развиты. Половая щель зияет. Девственная плева в прошлом кольцевидной

формы, мясистая, со старыми разрывами до основания плевы на 3, 5 и 7 часах (соответственно циферблату часов). Дно матки расположено на 3 поперечных пальца выше пупка. Окружность живота 79 см. Расположение плода продольное, головка стоит высоко над входом в таз. Сердцебиение плода хорошо прослушивается справа.

Заключение

На основании данных освидетельствования подростка Зайцевой Зины экспертная комиссия приходит к следующему заключению:

1. Зайцева Зина как к моменту совершения с ней половых актов гр-нами Масловым и Захаровым, так и в настоящее время половой зрелости не достигла. По своему физическому развитию соответствует возрасту 14 лет.

2. У Зайцевой имеется беременность сроком 26—27 недель. Беременность на состояние здоровья Зайцевой и ее дальнейшее физическое развитие оказала отрицательное влияние, так как протекает в условиях недоразвитого организма.

3. Целость девственной плевы у Зайцевой нарушена. Давность нарушения ее в настоящее время определить не представляется возможным.

Судебномедицинский эксперт (ЛЕБЕДЕВА)

Врачи-гинекологи (СИЗОВА, РАЙНБЕРГ)

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

7 декабря 1959 г. на основании постановления следователя г. Н. юриста 2-го класса Петрова А. И. судебномедицинский эксперт г. Н. Жуков Д. З. в помещении бюро судебномедицинской экспертизы освидетельствовал гр-ку Логинову Рансу Сергеевну, 1942 года рождения, для решения вопроса, достигла ли Логинова половой зрелости.

Обстоятельства дела

Из постановления прокурора известно, что 4 ноября 1956 г., примерно в 3—4 часа ночи, шофер ОСУ-814 — гр-н Мезенов на автомашине ГАЗ-67 подвозил гр-ку Логинову со станции Реж на завод. В пути следования в двух километрах от города Реж, на дороге, проходящей через лес, автомашина остановилась. Под видом ремонта автомашины Мезенов предложил Логиновой пересест на заднее сиденье автомашины, затем туда пересел сам и с применением физической силы изнасиловал гр-ку Логинову. Логинова пояснила следующее: в ночь на 4 ноября 1956 г. она приехала из города С. на станцию Реж, где ожидала наступления утра, для того, чтобы дойти в поселок. На станции встретила шофера Мезенова, и поскольку он проживал в том же поселке, где Логинова, она попросила его довезти до первого участка, шофер согласился. В дороге, примерно на полпути, Мезенов остановил машину и стал к ней приставать, предложил пересест на заднее сиденье, так как необходимо было произвести какой-то ремонт машины. Через некоторое время он сам сел рядом с ней и насильно совершил половой акт.

Специальный анамнез: первые месячные с 16-летнего возраста, приходят через 2—3 недели, по 5—7 дней с болью. Последние месячные были с 25 ноября. Половой жизнью ранее не жила. В настоящее время работает разнорабочей на 6 участке.

Данные объективного исследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы нормальной окраски, рост — 160 см, окружность груди — 77 см, зубов 28 — зубы мудрости отсутствуют. Размеры таза: 23—27—29—18 см. Вторичные половые признаки хорошо выражены. Оволосение в подмышечных впадинах развито слабо. Молочные железы полушаровидной формы, хорошо развиты, соски втянуты, околососковые кружки бледнорозовые, из сосков при надавливании ничего не отделяется. Оволосение на лобке хорошо выражено, расположено по женскому типу, волосы густые, с завитками, распространяются в паховые складки. Наружные половые органы развиты нормально. Большие половые губы прикрывают малые. Вход во влагалище свободен, слизистая входа не повреждена, бледно-розовой окраски, выделения из влагалища слизистые, желтоватого цвета с примесью темной крови. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, низкая, мясистая. Имеется зарубцевавшийся разрыв, достигающий основания плевы в заднем сегменте посередине соответственно цифре 6 по циферблату часов. Влагалище свободно пропускает два вместе сложенных пальца. Кольцо сокращения отсутствует. Стенки влагалища вялые. Складчатость на передней стенке слабо выражена. Область около половых органов запачкана кровянистыми выделениями. Повреждений в области половых органов и на теле не обнаружено.

Заключение

Целость девственной плевы у Логиновой Р. нарушена. Срок нарушения определить за давностью времени не представляется возможным. Половой зрелости Логинова Р. достигла.

Судебномедицинский эксперт (ЖУКОВ)

§ 79. Установление половой неприкосновенности (девственности)

Судебномедицинскую экспертизу приходится проводить для установления, жило ли данное лицо половой жизнью или нет. В основном такому освидетельствованию подвергаются лица женского пола и очень редко мальчики-подростки. Чаще всего поводом в возникающих делах частного обвинения является оскорбление, обвинение в половой распущенности. В делах о развратных действиях, покушении на изнасилование эксперту также ставится вопрос о половой неприкосновенности потерпевшей. Это приходится устанавливать и в тех случаях, где дело идет о половом сношении с несовершеннолетними, не достигшими половой зрелости.

При освидетельствовании устанавливается наличие признаков, указывающих на то, что свидетельствуемая половой жизнью не жила, или подтверждающих половую жизнь. Заключение об этом можно сделать на основании состояния половых органов.

Состояние наружных половых органов может изменяться лишь при продолжительной половой жизни, регулярных половых сношениях и еще больше после родов. У не живших половой жизнью большие половые губы упругие, сомкнуты и закры-

вают половую щель. Слизистая половых губ, входа во влагалище, девственной плевы розового цвета.

Особое внимание при осмотре обращается на состояние девственной плевы. Последняя представляет собой складку слизистой оболочки, расположенную у входа во влагалище. Эта складка имеет различную форму, в зависимости от чего и различают несколько форм девственной плевы. Чаще всего встречается циркулярная форма девственной плевы, представляющая собою невысокую складку слизистой оболочки с ровным краем, окружающая в виде венчика вход во влагалище. Иногда эта складка в виде полулуния располагается в нижнем сегменте входа во влагалище и называется полулунной девственной плевой. Иногда свободный край девственной плевы изрезан глубокими выемками и выступами в виде бахромки — бахромчатая девственная плева. Иногда девственная плева имеет перегородку в центральной части — девственная плева с перегородкой. Известны и другие формы девственной плевы (рис. 126, 127).

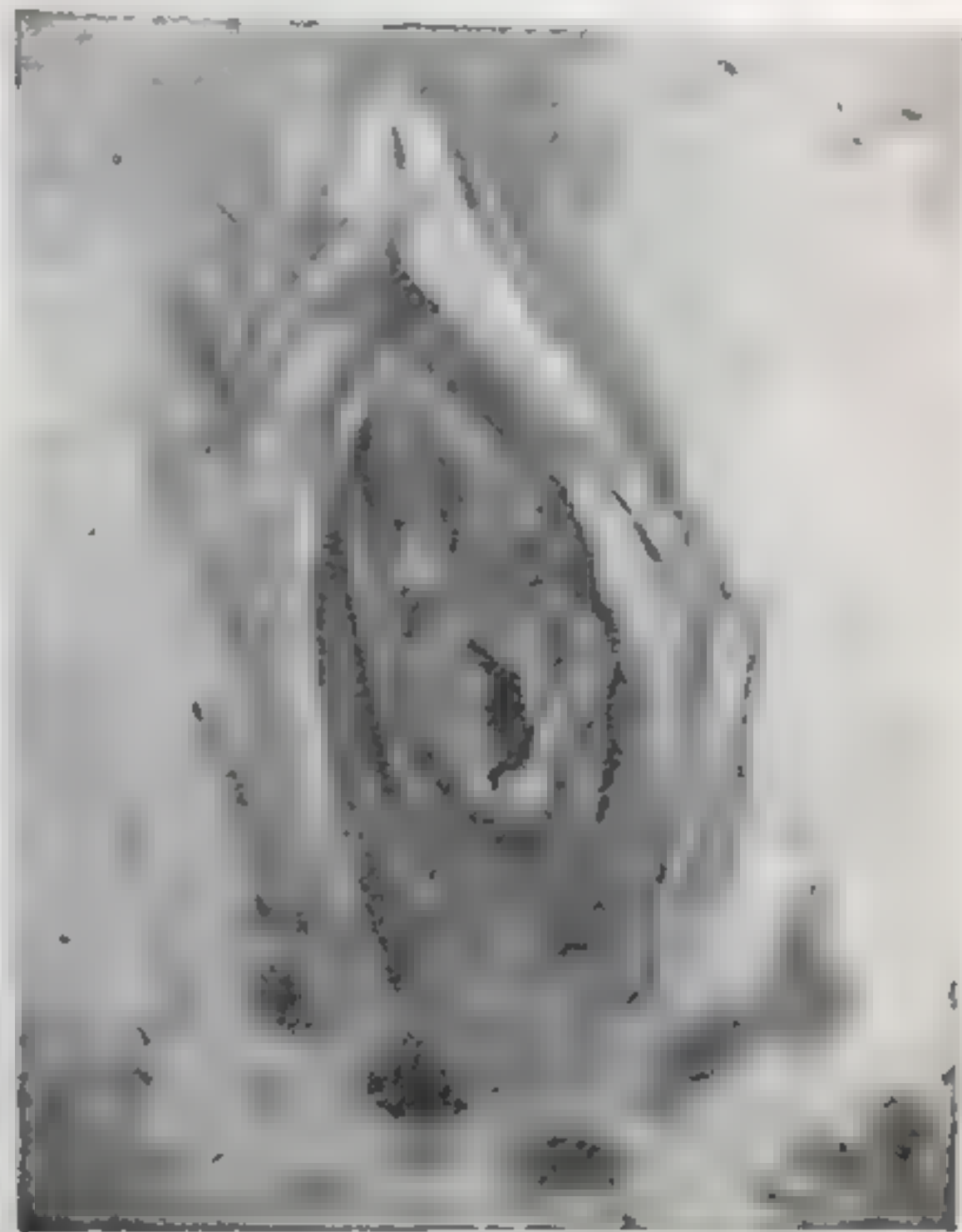


Рис. 126. Девственная плева циркулярной формы

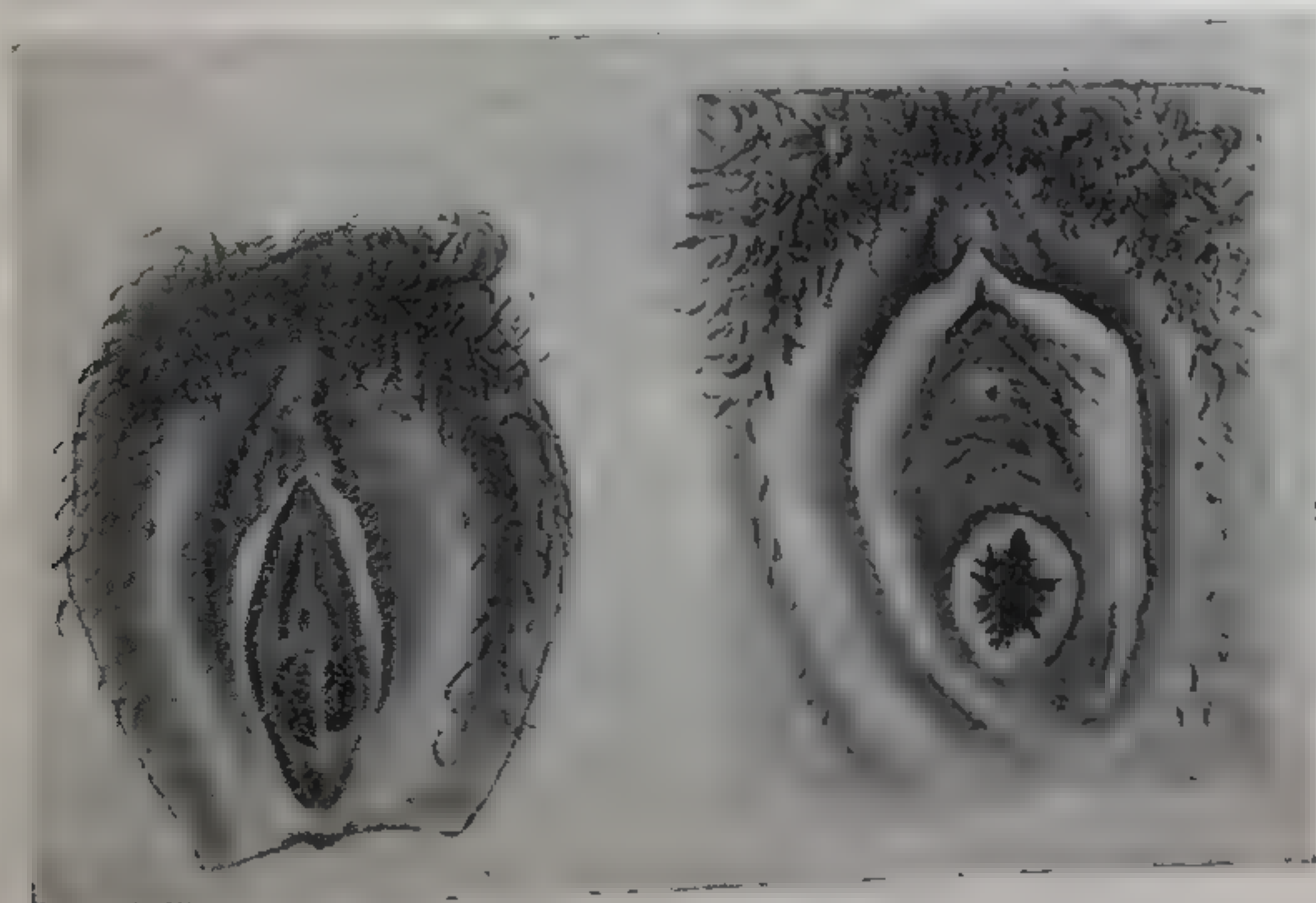


Рис. 127. Девственные плевы: с перегородкой, бахромчатая

Иногда девственная плева, особенно циркулярная, бывает легко растяжимой, и половое сношение может совершаться без нарушения целостности плевы. При таких формах отверстие плевы может легко пропускать 1—2 пальца. В подобных случаях

эксперт, подробно описывая все нарушенное при исследовании, отмечает особенности анатомического строения девственной плевы и указывает, что форма плевы допускает возможность полового сношения без нарушения ее целостности.

В тех же случаях, где девственная плева не нарушена и отверстие плевы не пропускает пальца, эксперт дает заключение, что освидетельствуемая половой жизнью не жила.

Пример:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

7 апреля 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры Н-кого района г. Б. юриста 2-го класса Сивякова от 6 апреля с. г. мной, судебно-медицинским экспертом бюро судебно-медицинской экспертизы г. Б. Токаревым А. И., освидетельствована гр-ка Чуркина Антонина Ивановна, 18 лет, для установления половой неприкосновенности.

Обстоятельства дела

4 апреля соседка гр-ки Чуркиной, гр-ка Брагина, оскорбила Чуркину бранью и заявила, что Чуркина сожительствует с несколькими мужчинами. Чуркина подала заявление в прокуратуру о привлечении Брагиной к ответственности.

Специальный анамнез: менструация с 18 лет, пришли сразу, по 4—5 дней, вначале были с болями, позже стали без болей. Через сколько дней приходят — не помнит. Последняя менструация началась 31 марта и окончилась 3 апреля 1959 г. Родов, аборт не было. Половую жизнь отрицает. Гинекологических заболеваний не было и никогда не лечилась.

Данные объективного исследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Видимые слизистые розовой окраски. Наружные половые органы развиты правильно, волосяной покров обильный. Слизистая больших и малых губ розовая. При раздвигании пальцами половой щели устанавливается, что девственная плева не нарушена, кольцевидной формы, отверстие в центре ее пропускает лишь кончик мизинца. Дно матки над лобком не прощупывается, ее область и придатки безболезненны.

З а к л ю ч е н и е

На основании данных освидетельствования прихожу к заключению, что у гр-ки Чуркиной нарушения девственной плевы не имеется и Чуркина является девственницей, половой жизнью не жила.

Судебно-медицинский эксперт (ТОКАРЕВ)

§ 80. Определение производительной способности

Экспертиза производительной способности у женщин в настоящее время встречается редко. Поводом может быть, например, присвоение чужого ребенка женщиной, не способной к зачатию, или обвинение в изнасиловании женщины, не способной к совокуплению. Иногда определение производительной способности у женщин требуется в бракоразводных делах.

У мужчин необходимость определения полового состояния встречается чаще: при экспертизе по делам об алиментах и о половых преступлениях.

Производительная способность у женщины складывается из способности к половому сношению и способности к зачатию.

Неспособность женщины к половому сношению может быть обусловлена пороками развития половых органов или заболеваниями их, вызывающими рубцовое сужение или резкие изменения влагалища, например опухолями.

Неспособность к зачатию может зависеть от возраста, при котором женские половые железы или еще не функционируют, или функция их прекратилась. Причиной могут быть также заболевания полового аппарата, инфантильность, действие рентгеновских лучей, оперативное удаление яичников или перевязка фаллопиевых труб. Последняя операция может производиться только по медицинским показаниям. Облучение рентгеновскими лучами половой сферы для предупреждения зачатия категорически запрещено.

Пример:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1 сентября 1959 г. по предложению народного суда К-го района г. П. от 30 августа 1959 г. мной, судебно-медицинским экспертом Белкиной Н. В. в поликлинике № 2 освидетельствована гр-ка Павлова Галина Петровна, 29 лет, для установления ее способности к зачатию и деторождению.

Обстоятельства дела

Гр-ка Павлова в июне 1958 года вышла замуж. В брачных отношениях была около 4 месяцев, а затем муж ее заявил, что он желает иметь детей. Так как беременности у Павловой не наступало, то муж подает в суд заявление о расторжении брака.

Специальный анамнез: брак первый, женскими болезнями не болела, жалоб не предъявляет, менструации с 13 лет, через месяц по 3 дня без болей, последние — 23 августа, половая жизнь с июня 1958 года, беременностей не имела.

Данные объективного исследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Вторичные половые признаки выражены хорошо. Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая входа во влагалище бледно-розового цвета. Девственная плева со старыми разрывами. Влагалище широкое. Шейка матки конической формы с круглым зевом. Тело матки маленькое, плотное, придатки не определяются.

Диагноз: недоразвитие тела матки.

З а к л ю ч е н и е

У гр-ки Павловой имеется недоразвитие шейки и тела матки, которое требует систематического лечения (электро- и грязелечение). В настоящее время способность к зачатию у нее ограничена, но не исключена полностью.

Судебно-медицинский эксперт (БЕЛКИНА)

. **Производительная способность** у мужчины складывается из способности к половому сношению и способности к оплодотворению. Экспертиза полового состояния заключается в установлении обеих этих функций. Мужчина может быть способным к половому сношению и не быть способным к оплодотворению, а неспособность к половому сношению отнюдь не исключает способности к оплодотворению.

Неспособность к половому сношению. Неспособность к половому сношению может быть обусловлена различными причинами: ненормальным развитием полового члена, его отсутствием, заболеваниями полового члена, препятствующими половому сношению, заболеваниями общего характера, сопровождающимися понижением или полной утратой половой функции. Чаще всего понижение или утрата половой функции обусловлена нейропсихическими расстройствами (психическая импотенция).

Анатомические изменения могут заключаться в недоразвитии полового члена или пороках его развития, расщеплениях полового члена, при которых мочеиспускательный канал остается открытым либо сверху (эписпадия), либо снизу (гипоспадия) и сильная степень такого уродства может препятствовать половому сношению. Болезненные изменения полового члена могут приводить к значительному увеличению его размеров, что препятствует половому сношению, например при опухолях, слоновой болезни, либо изменению его формы от рубцов после бывших омертвений, травмы полового члена, частичной или полной утраты его. Нужно при этом иметь в виду, что незначительные размеры полового члена, учитывая возможность увеличения его при эрекции, не могут еще служить препятствием для совершения полового акта.

Некоторые общие заболевания — сахарное мочеизнурение (диабет), хронический алкоголизм, прогрессивный паралич и и др. — нередко сопровождаются утратой способности к половому сношению.

Психическая импотенция наблюдается как симптом при некоторых нервно-психических заболеваниях — неврастении, психастении и др.

Неспособность к половому сношению, как уже было сказано, не исключает способности к оплодотворению. Если у такого субъекта при попытке к половому сношению происходит извержение семени у входа во влагалище, то возможно оплодотворение.

Если анатомические особенности, препятствующие половому сношению, легко могут быть установлены экспертизой, то импотенция психическая требует тщательного клинического обследования, иногда психиатрической экспертизы, и тем не

менее далеко не всегда может быть с точностью установлена.

Неспособность к оплодотворению. Способность к оплодотворению определяется способностью половых желез мужчины — яичек вырабатывать полноценных сперматозоидов и возможностью свободного прохождения семенной жидкости через семявыносящие пути и мочеиспускательный канал. Неспособность к оплодотворению может быть обусловлена отсутствием яичек, их недоразвитием или болезненными изменениями, патологическим состоянием вырабатываемой семенной жидкости и механическими препятствиями на путях выделения жидкости из полового члена.

Совершение полового акта у мужчины возможно при напряжении полового члена — эрекции, введении его в половые органы женщины, совокуплении с выделением во влагалище полноценной семенной жидкости (эякуляции). Образование семенной жидкости начинается в возрасте около 15—17 лет, возможно несколько ранее или позднее. Семенная жидкость может выделяться до старости, 80—90 лет.

При отсутствии болезненных изменений со стороны половых желез и половых органов способность к оплодотворению сохраняется до старости.

Отсутствие (недоразвитие) яичек может быть врожденным и приобретенным. Врожденное недоразвитие яичек встречается сравнительно редко. У таких субъектов наблюдается отсутствие вторичных половых признаков. Эти изменения наблюдаются и в тех случаях, когда яички по какому-либо поводу были удалены до наступления половой зрелости. Удаление их после периода полового созревания обычно не сопровождается такими изменениями. Искусственное удаление яичек производится по поводу их заболевания или повреждений. Удаление одного яичка не отражается на оплодотворяющей функции, удаление обоих яичек сопровождается полной потерей способности к оплодотворению.

Неспособность к оплодотворению может вызываться также различными заболеваниями яичек. При патологических состояниях семенная жидкость может не содержать совершенно семенных нитей (азооспермия), в других случаях семенные нити, содержащиеся в семенной жидкости, оказываются неподвижными, следовательно, неспособными к оплодотворению (некроспермия), или же выделяющаяся при половом сношении жидкость не поступает в половые органы женщины, а задерживается в мочеиспускательном канале и выделяется позднее (асперматизм).

Неспособность к оплодотворению может быть обусловлена и невозможностью выделения семенной жидкости вследствие

непроходимости, зарощения семявыносящих путей, по которым семенная жидкость выделяется из яичек. Чаще всего такие изменения наблюдаются как осложнение гонорей. Двустороннее зарощение семявыносящих протоков сопровождается утратой способности к оплодотворению. Такие болезненные изменения спустя более или менее продолжительное время могут ликвидироваться, и проходимость семявыносящих протоков вновь восстанавливается. Чтобы установить неспособность к оплодотворению при отсутствии таких изменений, которые позволяют сделать подобное заключение уже после одного осмотра, например при отсутствии яичек, необходимо обязательно исследовать семенную жидкость, полученную непосредственно перед исследованием. Врач может принимать во внимание обнаруженные патологические изменения семенной жидкости — азооспермию, некроспермию — только в том случае, если он убежден в том, что исследуемая семенная жидкость принадлежит обследуемому субъекту, получена непосредственно перед исследованием и не подвергалась никаким посторонним воздействиям.

§ 81. Спорное половое состояние (гермафродитизм)

Гермафродитизмом называется редко встречающийся порок развития половых органов, напоминающих по своему внешнему виду половые органы другого пола. Различают истинный и ложный гермафродитизм. Истинными гермафродитами называются субъекты, имеющие одновременно элементы половых желез обоих полов, то есть и яичек, и яичников. Наружные же половые органы могут при этом походить или на мужские, или на женские, или иметь необычное строение, быть прочно развитыми. Случаи истинного гермафродитизма исключительно редки. Обычно же встречается ложный гермафродитизм, при котором наружные половые органы у мужчины напоминают внешне половые органы женщины, и наоборот. В связи с этим различают мужской и женский гермафродитизм. При мужском гермафродитизме у субъекта, обладающего мужскими половыми железами, наружные половые органы внешне напоминают женские половые органы.

При женском гермафродитизме половые железы женские — яичники, а наружные половые органы внешне напоминают мужские половые органы.

При ложном гермафродитизме нередко трудно бывает при рождении ребенка установить его истинный пол. Поэтому в практике наблюдаются такие случаи, когда мужские гермафродиты воспитываются как девочки, в дальнейшем иногда вступают в брак как женщины, будучи на самом деле мужчи-

нами. С другой стороны, женские гермафродиты, воспитываясь с детства как мальчики, в дальнейшем женились и продолжали жить как мужчины.

ГЛАВА XVIII

ЭКСПЕРТИЗА БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, АБОРТА

§ 82. Экспертиза беременности. § 83—84. Незаконное прерывание беременности

§ 82. Экспертиза беременности

Поводы к судебномедицинской экспертизе беременности и родов могут встречаться и в уголовных, и в гражданских делах по многим обстоятельствам. Приходится устанавливать наличие беременности, ее срок и продолжительность, бывшую беременность и роды, прерывание беременности — аборт. Подобная экспертиза производится либо судебномедицинскими экспертами, специализировавшимися в области акушерства и гинекологии, либо при консультации специалистов — акушеров — гинекологов. Некоторые освидетельствования могут быть проведены в амбулатории, в других случаях требуется обследование в клинической обстановке.

Устанавливать беременность, ее срок и продолжительность приходится в алиментных делах, при половых преступлениях и по другим поводам.

В первые недели установление беременности значительно затруднено. В этот период прибегают обычно к реакции, основанной на том, что моча беременной женщины, впрыснутая не достигшим половой зрелости самкам белой мыши, вызывает у них преждевременное половое созревание, что можно установить по изменениям яичников при вскрытии мыши. С увеличением срока беременности установление ее становится доступнее, так же как и определение срока беременности.

В более поздние сроки беременности появляются шевеление и сердцебиение плода. При рентгеновском исследовании можно обнаружить контуры тела и скелета плода. Рентгеновское исследование для диагностики беременности применяется в исключительных случаях.

Бывшую беременность и роды приходится устанавливать в случаях, когда имеется подозрение на детоубийство или незаконное прерывание беременности. В тех случаях, когда освидетельствование производят вскоре после родов, состояние матки, родовых путей, грудных желез дает возможность поставить диагноз без особых затруднений. С течением времени

диагностика бывшей беременности и родов встречается значительные трудности. Иногда на бывшие роды могут указывать рубцы влагалища и промежности после бывших разрывов во время родов.

§ 83—84. Незаконное прерывание беременности

Абортom или выкидышем называется прекращение беременности в течение первых 28 недель — в пределах 7 лунных месяцев.

Законом от 27 июня 1936 г. искусственное прерывание беременности без особых показаний к этому было запрещено.

23 ноября 1955 г. Президиум Верховного Совета СССР принял Указ «Об отмене запрещения абортom».

В этом Указе отмечается, что проводимые Советским государством мероприятия по поощрению материнства и охране детства и непрерывный рост сознательности и культурности женщин, активно участвующих во всех областях народнохозяйственной жизни страны, позволяют в настоящее время отказаться от запрещения абортom в законодательном порядке.

Снижение числа абортom может быть впредь обеспечено путем дальнейшего расширения государственных мер поощрения материнства, а также мер воспитательного и разъяснительного характера.

Отмена запрещения абортom также даст возможность устранить вред, причиняемый здоровью женщины абортom, производимыми вне лечебных учреждений и часто невежественными лицами.

В целях предоставления женщине возможности самой решать вопрос о материнстве, а также предупреждения вреда, наносимого здоровью женщин внебольничными абортom. Президиум Верховного Совета СССР постановил:

1. Отменить ст. 1 постановления ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 г. о запрещении абортom.

2. Производство операции искусственного прерывания беременности допустить только в больницах и других лечебных учреждениях согласно инструкции Министра здравоохранения СССР... Но указ сохранил установленную уголовную ответственность за производство абортom врачей и лиц, не имеющих специального медицинского образования, производящих абортom вне больниц или других лечебных учреждений.

Извлечение из Уголовного кодекса РСФСР:

«Ст. 140.

...Производство абортom вне больниц или других лечебных учреждений влечет для производящего аборт врача тюремное заключение на срок от одного года до двух лет.

Производство абортom в антисанитарной обстановке или лицами, не имеющими специального медицинского образования, — тюремное заключение

не на срок не ниже трех лет¹. [Указ Президиума Верховного Совета РСФСР 11 января 1956 г.]
Ст. 140-а.

Понуждение женщины к производству аборта — тюремное заключение на срок до двух лет».

На основании Указа Президиума Верховного Совета СССР от 23 ноября 1955 г. министром здравоохранения СССР был издан приказ № 258 от 29 ноября 1955 г., в котором приведена инструкция о порядке производства операций прерывания беременности (аборт).

Операцию прерывания беременности можно проводить всем женщинам, пожелавшим этого. Предварительно беременная женщина обследуется в консультации или родильном доме, чтобы выяснить, нет ли противопоказаний к операции прерывания беременности. Женщине выдается направление в лечебное учреждение, где и должна быть произведена операция в течение ближайших десяти дней. В лечебном учреждении женщина предъявляет направление от женской консультации или родильного дома и вносит плату за проведение операции. В лечебном учреждении, где производится операция аборта, составляется история болезни. Сведения об операции аборта вносятся в операционный журнал. В историю болезни вкладывается и направление на операцию. После пребывания в лечебном учреждении женщинам выдается «листок нетрудоспособности», а членам сельскохозяйственной артели выдается справка об освобождении от работы. Женщина после этого поступает под наблюдение врача женской консультации или амбулатории, который и устанавливает день выхода на работу.

Операция аборта не разрешается, если у женщины имеются следующие противопоказания к операции: 1) острая и подострая гонорея; 2) острые и подострые воспалительные процессы половых органов; 3) наличие гнойных очагов независимо от места их локализации; 4) срок менее шести месяцев после операции аборта; 5) наличие острого инфекционного заболевания; 6) наличие срока беременности свыше 12 недель. Производить операцию аборта, следовательно, разрешается в пределах 12 недель. Если срок беременности превышает 12 недель, то операция может быть произведена лишь при определенных показаниях к ней, которые устанавливаются тщательным стационарным обследованием беременной.

Таковыми показаниями к позднему прерыванию беременности являются заболевания женщины, при которых сохранение

¹ См. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 23 ноября 1955 г. «Об отмене запрещения аборт» («Ведомости Верховного Совета СССР» 1955 г. № 22, ст. 425).

беременности и роды могут угрожать здоровью и жизни женщины. К таким показаниям относятся следующие заболевания:

Анатомические поражения клапанов сердца и сердечной сорочки при начальных явлениях недостаточности кровообращения; воспаление клапанов сердца (эндокардиты); сифилитическое воспаление аорты (сифилитический мезаорит); гипертоническая болезнь.

Заболевание кроветворных органов (злокачественное малокровие, белокровие и др.).

Хроническое воспаление легких (пневмосклероз, бронхиальная астма в тяжелой форме).

Язвенные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Хроническое поражение печени и желчных путей.

Заболевание почек и почечных лоханок.

Базедова болезнь и некоторые другие болезни органов внутренней секреции.

Открытый туберкулез легких, туберкулез других органов (костей, желез, глаз, кожи и др.).

Перенесенные тяжелые полостные операции.

Злокачественные опухоли в прошлом или в настоящем.

Тяжелое заболевание костей и суставов.

Отсутствие одной конечности или движений в ней, сужение таза и его деформация.

Некоторые тяжелые заболевания органов зрения и слуха.

Проказа, сифилис в заразной форме и сифилис головного и спинного мозга.

Эпилепсия, удостоверенная лечебным учреждением.

Органическое заболевание центральной нервной системы, опухоли головного и спинного мозга.

Хроническое психическое заболевание у отца будущего ребенка, приводящее к стойкой утрате трудоспособности.

Судебномедицинская экспертиза по делам об абортах устанавливает наличие бывшей беременности, бывшего аборта, приблизительную давность прерывания беременности, показания или противопоказания к искусственному прерыванию беременности, способы прерывания беременности, причинную связь между травмой и абортом, допустимость или недопустимость производства операции аборта в определенной обстановке и ряд других вопросов.

Самопроизвольный аборт. Прерывание беременности может произойти самопроизвольно в различные сроки беременности под влиянием главным образом заболевания самой матери. Наиболее частой причиной самопроизвольного прерывания беременности является заболевание сифилисом. Наблюдается самопроизвольный аборт при острых лихорадочных заболеваниях: гриппе, малярии, тифах, хронических инфекционных заболеваниях, в частности при тяжелых формах туберкулеза, при заболеваниях органов кроветворения, заболеваниях почек, отравлениях, при лучевой болезни и от других причин. Поэтому при расследовании дел об абортах прежде

всего необходимо исключить самопроизвольный аборт и лишь после этого доказать искусственное прерывание беременности.

Искусственное прерывание беременности. Искусственное прерывание беременности может быть произведено самой беременной женщиной и посторонними лицами, занимающимися производством абортс с корыстной целью. Как показывает опыт судебно-медицинской практики, преступные аборты в основном производятся лицами, не имеющими никаких медицинских познаний, знахарками.

Иногда аборты могут производиться врачами-специалистами — акушерами, гинекологами, владеющими оперативной техникой прерывания беременности. Изредка этим могут заниматься с корыстной целью и врачи других специальностей. Аборты производятся также лицами среднего медицинского персонала — фельдшерицами, акушерками, медицинскими сестрами, особенно работавшими или работающими в акушерско-гинекологических лечебных учреждениях и имеющих представление о тех действиях, которые должны быть совершены для вызывания аборта. Иногда аборты производятся и младшим медицинским персоналом. Лица, не имеющие врачебного образования, в одних случаях активно вмешиваются и сами вызывают прекращение беременности, в других — ограничиваются советами, наставлениями, которые выполняет беременная, сама вызывающая у себя аборт.

Способы преступного прерывания беременности зависят от того, кто производит аборт. Врач, ясно представляющий себе всю опасность и осложнения, связанные с прерыванием беременности, производит аборт оперативным путем при помощи специального инструментария, удаляя плодное яйцо и выскабливая полость матки.

Оперативное вмешательство является по существу самым безопасным способом прерывания беременности. Реже врачи прибегают к прописыванию каких-либо лекарственных веществ или же введению в полость матки йодной настойки для предупреждения беременности, а иногда и для ее прерывания.

Лица среднего медицинского персонала чаще всего прибегают к введению в полость матки каких-либо предметов, обычно бужа, с целью вызвать повреждение плодного яйца и последующий аборт. К этому же способу прибегают часто и лица, не имеющие медицинского образования.

Способы, применяемые для искусственного прерывания беременности, можно разделить на механические, термические и токсические. К механическим средствам относится введение в полость матки разнообразных предметов: бужей, катетеров, деревянных палочек, вязальных спиц и многих других предметов. Введение в полость матки при помощи резиновой груши

с наконечником различных жидкостей: растворов мыла, соды, мочи, йодной настойки и др., действует либо механически, производя отслойку и повреждение плодного яйца с последующим изгнанием его, либо токсически.

К термическим средствам относятся различные формы применения тепла. Сюда относится прикладывание грелок в нижней части живота, горячие сидячие или ножные ванны, горячее спринцевание.

Токсические способы заключаются в приеме внутрь различных химических веществ. Благодаря тому, что некоторые из этих средств среди широкой публики считаются плодогонными, они получили известное распространение. К таким средствам относятся, например, хинин, марганцово-кислый калий, донской можжевельник, органотерапевтические препараты. Кроме того, применяются и многие другие вещества, иногда очень ядовитые: фосфор, мышьяк, сулема, керосин. В последнее время зарегистрировано несколько смертей после приема пахикарпина с целью прерывания беременности.

Специфически действующих плодогонных средств не существует. У здоровой женщины те или иные вещества могут вызвать смертельное отравление, не нарушив беременность.

Опасности аборта. Опасности искусственного прерывания беременности заключаются в тех осложнениях, которые возникают при попытках прервать беременность и приводят не только к тяжелым заболеваниям, но очень часто к смертельному исходу. При механических способах прерывания беременности частым осложнением является прободение матки с последующим смертельным кровотечением или повреждением кишок, гнойным воспалением брюшины, общее заражение организма. При введении жидкости в полость матки нередко наступает внезапная смерть от воздушной эмболии. Иногда наблюдается смерть от шока при попытке вызвать аборт. Особенно часто смерть от шока наблюдается при введении жидкости или каких-либо предметов в матку, при горячих спринцеваниях.

Токсические вещества могут вызвать тяжелые и смертельные отравления.

Диагностика бывшего аборта производится у живой женщины и на трупе. При этом приходится устанавливать, был ли аборт, на каком месяце беременности он произведен, было ли прерывание беременности самопроизвольным или вызвано искусственно, способ прерывания беременности, какие осложнения возникли в связи с абортом, вследствие которого последовала смерть.

Бывшая беременность и прерывание ее устанавливаются при гинекологическом исследовании женщины на основании признаков бывшей или существующей беременности по состоянию

матки, изменению грудных желез, пигментации сосков и белой линии живота, кровянистым выделениям и особенно по нахождению в выделениях из матки частичек плодного яйца.

Беременность в ранние сроки и бывший аборт у живой женщины установить труднее, чем на трупе, где можно произвести гистологическое исследование матки, обнаружить желтое тело в яичниках.

Способ прерывания беременности иногда может быть установлен при осмотре свидетельствуемой по наличию повреждений шейки матки, влагалища, которые позволяют судить о способе прерывания беременности.

Что касается решения вопроса о самопроизвольном или искусственном прерывании беременности, то это можно установить обычно только при тщательном клиническом обследовании женщины, что, однако, не всегда бывает возможно, потому что женщина нередко подвергается судебно-медицинскому освидетельствованию спустя продолжительный срок после аборта.

Причина смерти при аборте и связь ее с прерыванием беременности может быть установлена на вскрытии на основании соответствующих изменений внутренних органов.

Осмотр места происшествия. При осмотре помещения, в котором по имеющимся сведениям производился аборт, особое внимание нужно обращать на химические вещества, затем медицинский инструментарий, на предметы, которые могли вводиться в полость матки (бужи) или применяться для различных манипуляций, например для спринцевания (наконечники), и особенно на остатки плодного яйца и другие следы, которые могут указывать на производство аборта.

Необходимо тщательно осмотреть пол и различные предметы, на которых могли остаться следы крови, например, клеенку, простыни. Осмотреть мусорный ящик и мусорное ведро, уборную, где могут быть обнаружены части плодного яйца, окровавленные тряпки, бинты, вата, марля. Обнаруженные предметы необходимо изъять и направить в судебно-медицинскую лабораторию для определения происхождения следов и обнаружения среди кровяных свертков частей плодного яйца, что будет, несомненно, бесспорным доказательством бывшего аборта.

ГЛАВА XIX

ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ

§ 85. Экспертиза по поводу насильственного полового сношения. § 86. Развратные действия. § 87. Мужеложство (гомосексуализм)

Насильственное половое сношение карается по закону. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 4 января 1949 г.

«Об усилении уголовной ответственности за изнасилование»¹ устанавливает уголовную ответственность за изнасилование.

Извлечения из Уголовного кодекса РСФСР:

«Ст. 150. Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, —
лишение свободы на срок до трех лет.

Заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью —

лишение свободы или исправительно-трудовые работы на срок до шести месяцев.

Ст. 151. Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, сопряженное с растлением или удовлетворением половой страсти в извращенных формах, —

лишение свободы на срок до восьми лет.

Половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, совершенное без указанных отягчающих признаков, —

лишение свободы на срок до трех лет.

Ст. 152. Развращение малолетних или несовершеннолетних, совершенное путем развратных действий в отношении их, —

лишение свободы на срок до пяти лет.

Ст. 154. Понуждение женщины к вступлению в половую связь или к удовлетворению половой страсти в иной форме лицом, в отношении коего женщина являлась материально или по службе зависимой, —

лишение свободы на срок до пяти лет.

Ст. 154-а. Половое сношение мужчины с женщиной (мужеложство) —
лишение свободы на срок от трех до пяти лет.

Мужеложство, совершенное с применением насилия или с использованием зависимого положения потерпевшего, —

лишение свободы на срок от пяти до восьми лет».

§ 85. Экспертиза по поводу насильственного полового сношения

Задачи экспертизы при насильственном половом сношении в основном сводятся: 1) к установлению бывшего полового сношения; 2) к установлению признаков насилия и обстоятельств происшествия; 3) к установлению последствий бывшего насильственного сношения.

Установление бывшего полового сношения. Половое сношение заключается во введении мужского полового члена во влагалище с последующим извержением семени. Однако в ряде случаев насильственного полового сношения половой акт заканчивается в преддверии влагалища без введения полового члена.

Доказательством бывшего полового сношения могут быть: а) анатомические нарушения, возникающие при первом половом сношении у девушек, так называемая дефлорация, б) присутствие семени в половых путях и в) заражение венерической болезнью. Что касается беременности, то она может возникнуть и в тех случаях, когда была предпринята только попытка к половому сношению, закончившаяся выделением семен-

¹ См. «Московский большевик» № 4 от 6 января 1949 г.

ной жидкости в преддверии влагалища. О половом акте речь может идти лишь тогда, когда наружные половые органы сформированы и в достаточной степени развиты для совершения полового акта. По отношению к малолетним обычно имеет место не половой акт, а развратные действия. Попытка совершения полового акта с малолетними сопровождается обширными повреждениями наружных половых органов и окружающих тканей.

Признаки бывшего полового сношения у девушек. У девушек, не живших половой жизнью, к признакам девственности относится наличие целой, неповрежденной девственной плевы.

При первом половом сношении девственная плева обычно надрывается в одном или нескольких местах. Надрывы девственной плевы кровоточат, в окружности развивается небольшое припухание тканей и покраснение. Через 3—4 дня надрывы плевы начинают заживать, а через 9—10 дней (редко через 14—20 дней) образуются поверхностные, очень нежные рубчики, после чего установить срок нарушения девственности уже невозможно. При некоторых формах девственной плевы первое половое сношение не сопровождается разрывом и плева сохраняется неповрежденной иногда до родов. В таких случаях эксперту приходится в заключении указывать, что хотя девственная плева и не повреждена, но ее свойства и характер допускают возможность полового сношения без нарушения ее целостности. Таким образом, свежее нарушение девственной плевы может служить одним из наиболее достоверных признаков бывшего полового сношения. Повреждения девственной плевы могут происходить иногда и не при половом сношении, а от механических насилий другого рода, например, пальцами, каким-нибудь твердым предметом и в исключительных случаях при падении на твердый предмет. У маленьких детей повреждения девственной плевы могут быть при онанизме, случайной травме, при глистах, вызывающих зуд в области половых органов.

К бесспорным доказательствам бывшего полового сношения относится обнаружение семенной жидкости во влагалище. Семенная жидкость или следы ее могут находиться не только во влагалище, но и на лобке, в окружности половых органов, на одежде и белье. Хотя семенная жидкость может находиться во влагалище женщины продолжительное время (в течение нескольких дней), однако нужно принимать все меры к тому, чтобы освидетельствование потерпевшей производилось как можно раньше. При исследовании трупов семенные нити могут быть обнаружены не только во влагалище, но и в полости матки, фаллопиевых трубах, где могут обнаруживаться и через несколько дней после полового сношения.

К доказательствам бывшего полового сношения относятся также заражение венерическими болезнями. Наличие венерического заболевания обычно является убедительным доказательством заражения при половом сношении. Степень остроты заболевания может давать основание для суждения о давности заражения. При гонорее, особенно у девочек, нужно иметь в виду возможность заражения и не при половом сношении, а именно: от больной матери, когда ребенок спит с ней в одной постели, окружающих, другого ребенка при пользовании одной губкой для обмывания, ванной, полотенцами. Внеполовое заражение гонореей у маленьких девочек не составляет исключительной редкости.

Нужно иметь в виду также возможность сознательного оговора и ложного обвинения в изнасиловании, развратных действиях и заражении венерической болезнью.

Насильственное половое сношение может быть произведено с применением физического насилия, психического воздействия, обмана, хитрости, использования беспомощного состояния.

При изнасиловании с применением физического насилия обычно возникает вопрос о возможности изнасилования одним мужчиной женщины, достаточно физически развитой, силы которой находятся в некотором соответствии с силами нападающего субъекта. Резкое несоответствие физического развития нападающего и жертвы дает возможность утвердительно ответить на вопрос о возможности изнасилования. При приблизительно равном физическом развитии возможность изнасилования женщины одним мужчиной маловероятна, если только женщина не была вынуждена к этому угрозами, боязнью за свою жизнь.

Упорное сопротивление женщины обычно оказывается достаточным для того, чтобы один мужчина не был в состоянии совершить половое сношение. Известны случаи, когда женщина успешно оказывала сопротивление не одному, а нескольким насильникам. Изнасилование возможно, однако, при неожиданном нападении, когда женщина теряется, падает в обморок и не оказывает сопротивления. При применении физического насилия борьба, происходящая между жертвой и насильником, часто сопровождается оставлением повреждений как у жертвы, так и нападающего, почему при обвинениях в изнасиловании необходим тщательный осмотр и жертвы и нападающего.

У женщины, подвергшейся изнасилованию, могут быть обнаружены ссадины, кровоподтеки, иногда следы от укусов зубами, а иногда и более тяжкие повреждения, особенно в области половых органов. Повреждения располагаются на внутренней поверхности бедер, на лобке, в окружности половых органов, иногда на плечах и предплечьях при удерживании жертвы за

руки, в области шеи — при сдавлении шеи руками, на груди. Разрывы влагалища могут быть произведены и половым членом и пальцами. Изнасилование женщины может быть произведено и несколькими мужчинами при так называемом групповом изнасиловании.

Примеры:

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

13 июля 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры Н-ского района г. П. юриста 2-го класса Афонина С. И. от 13 июля с. г. мною, судебно-медицинским экспертом бюро судебно-медицинской экспертизы г. П. Колосовым А. И., в гинекологическом кабинете районной поликлиники г. П. освидетельствована гр-ка Григорьева Елизавета Карповна, 26 лет, для установления следов изнасилования.

Обстоятельства дела

По показаниям Григорьевой и Петровой, с которой Григорьева проживала вместе, 11 июля в 24 часа к ним пришел знакомый Григорьевой со своим приятелем, шофером. «Они решили прокатиться на машине и пригласили меня с собой. Мне нужно было все равно идти в сторону их маршрута, и только по этой причине я согласилась подъехать с ними. Вскоре моя подруга по комнате вместе со своим приятелем вышла из машины, а шофер продолжал свой путь. В пути я говорила ему, что должна быть у одного дома, но он продолжал меня везти за город. Выехав за город, шофер остановил машину. Он вытащил меня из машины, начал увлекать на пашню и пытался изнасиловать. Я сопротивлялась, и он стал наносить мне удары по голове, рукам и туловищу, порвал на мне блузку. В борьбе выкручивал мне руки. В конце концов он с силой повалил меня на землю и изнасиловал. Я до этого жила половой жизнью.

Шофер, оказавшийся Зиновьевым, половой акт совершил со мной дважды: первый раз на земле, за городом, второй раз после поездок по каким-то дорогам, уже в другом месте, он зашел в заднюю часть машины, где я сидела, и снова насильно совершил половой акт. При втором половом сношении извержение семени у него произошло не в половые органы».

При последующем осмотре автомашины прокурором и экспертом на материи чехла заднего сидения были обнаружены белесоватые пятна. При лабораторном исследовании этих пятен были обнаружены сперматозоиды в большом количестве.

На разрешение экспертизы поставлены следующие вопросы:

1. Какие телесные повреждения имеются у гр-ки Григорьевой. Каков характер этих телесных повреждений, какова локализация их и степень тяжести.

2. Чем могли быть нанесены эти телесные повреждения.

3. Имеются ли, в частности, у Григорьевой какие-либо телесные повреждения в области шеи, свидетельствующие о том, что ее могли душить руками.

4. Свидетельствуют ли имевшиеся у Григорьевой телесные повреждения о борьбе и насилии над ней.

5. Имеются ли на одежде Григорьевой какие-либо повреждения. Если да, то какие именно, и свидетельствуют ли они о борьбе и насилии над Григорьевой.

6. Имеются ли у Григорьевой следы спермы на ее одежде (белье) или во влагалище.

Предъявляемые жалобы: боль в области бедер, боль в ногах, кровоподтеков, особенно обостряющаяся при движениях.

Данные объективного исследования: рост — 156 см, вес 53 кг. Телосложение правильное. Общий цвет кожных покровов бледно-розовый, видимые слизистые розового цвета. Все события в ночь с 11 на 12 июля 1959 г. помнит хорошо. Обследуемая несколько возбуждена. В области века правого глаза кожа окрашена в лилово-фиолетовый цвет. Белочная оболочка левого глаза, кнаружи от лимба, с кровоизлиянием в виде полосы размером $1,2 \times 0,4$ см. На лбу слева и справа в надбровных областях имеются небольшие припухлости и более интенсивная окраска кожи с переходом в синюшный цвет.

Правая рука. На наружной поверхности средней трети правого плеча кровоподтек сине-багрового цвета, овальной формы, размером $9 \times 4,5$ см. Границы окрашивания нерезкие, при пальпации эта область болезненна. Несколько ниже этого кровоподтека имеются полосы в виде царапин до 10 штук, расположенные в различных направлениях. В области правого локтевого сустава и нижней трети правого плеча — овальной формы кровоподтек багрового цвета, размером $3,5 \times 2,5$ см. В средней трети правого предплечья, на внутренней поверхности, — кровоподтек красно-багрового цвета, овальной формы, размером $2,5 \times 2$ см. На тыльной поверхности правой кисти, в области, соответствующей 3-й пястной кости, имеется царапина красноватого цвета, размером $2 \times 0,1$ см. В окружности царапины имеется болезненная припухлость. Пальцы без повреждений.

Левая рука. На внутренней поверхности левого плеча в средней трети расположено три кровоподтека багрового цвета с синеватым оттенком у периферии, размером $1 \times 0,7$ см каждый, овальной формы. На задней поверхности средней трети левого плеча три кровоподтека овальной формы багрового цвета с синеватым оттенком у периферии, размером $1,5 \times 1$ см; $0,5 \times 0,5$ см; $0,6 \times 0,5$ см. В области левого локтя множество, числом до 20, мелких царапин красноватого цвета, длиной до 2,5 см. На внутренней поверхности левого предплечья в средней трети кровоподтек овальной формы, сине-багрового цвета, размером $5,5 \times 5$ см, болезненный при движении и пальпации. На наружной поверхности средней трети предплечья — кровоподтек овальной формы, багрового цвета в центре и у периферии, размером 3×2 см. На границе средней и верхней трети левого предплечья расположен овальной формы кровоподтек размером 5×2 см, сине-багрового цвета, болезненный при пальпации и при сгибании. На внутренней поверхности верхней трети плеча — две царапины красноватого цвета размером $1,2 \times 0,1$ см и $0,5 \times 0,1$ см. На наружной поверхности нижней трети левого предплечья расположено 4 царапины красноватого цвета, размерами от $1 \times 0,1$ см и до $1,4 \times 0,1$ см. На тыле левой кисти небольшая припухлость и синеватое окрашивание $2,5 \times 4,5$ см. На спине справа и слева в верхнем отделе в области лопаток имеется множество красноватого цвета пятен в виде полос неправильной формы, расположенных на площади 14×13 см. В области поясницы аналогичные пятна с припухлостью, размеры пятен до 3 см в поперечнике. В области нижне-наружного квадрата левой ягодицы и частично на правой ягодице имеются множественные красновато-синюшные пятна неправильной формы и в виде полос, расположенные на площади 12×12 см. На правой ягодице — кровоподтек размером 4×2 см и одна царапина красного цвета, размером $2 \times 0,1$ см.

На внутренней поверхности левого бедра, на границе верхней и средней третей, имеется кровоподтек овальной формы, желтовато-бурого цвета, размером 1×1 см. Выделений из влагалища не имеется. Слизистая темно-розового цвета. Девственная плева в виде митровидных сосочков. Взял мазок из влагалища. В мазке сперматозоидов не обнаружено.

Заключение

На основании данных объективного осмотра Григорьевой Елизаветы Карповны, рождения 1933 года, и принимая во внимание обстоятельства дела, прихожу к следующему заключению:

1. У Григорьевой Е. К. к моменту осмотра 13 июля 1959 г. имелись множественные кровоподтеки и множественные царапины, расположенные: а) на лице, б) спине, ягодицах и пояснице, в) по всей длине и на всех поверхностях левой и правой верхних конечностей, г) на внутренней поверхности правого бедра, границе верхней и средней трети.

2. Отдельные кровоподтеки и группы кровоподтеков имеют в основном овальную форму. Царапины — поверхностные повреждения кожи в виде линий — располагаются изолированно и группами.

3. Повреждения в виде кровоподтеков могли быть получены при сильном сдавлении, схватывании отдельных участков тела руками, например на верхних конечностях. Отдельные группы кровоподтеков с незначительным осаднением надкожицы, расположенные в основном на спине, в области поясницы и на ягодицах, могли быть получены от ударов и от давления о тупые, неровные, твердые предметы, например от ударов и движения задней поверхностью туловища о неровный грунт. Кровоподтеки на голове могли быть получены от ударов тупым твердым предметом, например от ударов кулаком. Повреждения в виде царапин могли возникнуть от ногтей.

4. Все повреждения в их совокупности следует отнести к разряду легких, не причинивших расстройства здоровья.

5. Видимых следов повреждений в области шеи при осмотре обнаружено не было.

6. Характер повреждений, их локализация соответствуют объяснениям Григорьевой, указывают на имевшую место борьбу и самооборону при оказании сопротивления попытке изнасилования или при изнасиловании. Повреждения также соответствуют сроку, указываемому Григорьевой.

7. Одежда Григорьевой Е. К. не осматривалась. При освидетельствовании Григорьева заявила, что у нее трусы были порваны, а после происшествия она замочила их в воде и утром 7 июля выстирала. Поэтому осмотр и исследование трусов в настоящее время вряд ли может дать какие-либо результаты.

8. При осмотре Григорьевой Е. К. 8 июля 1959 г. взят мазок из влагалища и исследован на наличие сперматозоидов. Сперматозоиды во влагалищном отделяемом не обнаружены. Из-за отсутствия одежды исследование ее на наличие сперматозоидов не производилось.

Судебно-медицинский эксперт (КОЛОСОВ)

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

13 июля 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры Н-ского района г. П. юриста 2-го класса Афонина С. И. от 13 июля с. г. мною, судебно-медицинским экспертом бюро судебно-медицинской экспертизы г. П. Колосовым А. И., в районной поликлинике г. П. освидетельствован гр-н Зиновьев Михаил Петрович, 24 лет.

Обстоятельства дела

Показания Зиновьева: «поздно вечером в субботу 11 июля 1959 г. ко мне приходил мой товарищ земляк, которого я решил проводить на автомашине. По пути следования приятель предложил мне заехать к его

знакомой девушке. Мы зашли в комнату, где проживали девушки — знакомая моего приятеля и ее подруга. Мы предложили девушкам покататься на автомашине. Все сели в машину и поехали. Приятель и его знакомая вскоре сошли, а я предложил проводить ее подругу Григорьеву Елизавету до места работы. У места ее работы я не остановился и проехал в сторону стадиона. Мне захотелось совершить с ней половой акт. Я вышел из машины и пытался овладеть ею. Она сопротивлялась и ударила меня по лицу рукой. Я обозлился и так же ударил ее кулаком по голове, повалил на землю, но она сразу же вырвалась и убежала. Я погнался за ней и в темноте, не разобрав забора, налетел на проволочное ограждение. Проволокой я поцарапал себе лицо. Несколько позднее я уговорил Григорьеву сесть в машину и отвез ее в город. Полового сношения я с Григорьевой в ту ночь не имел и не имел с ней половой связи и в другое время. Половой жизнью я живу с 1950 года. Поллюций в последнее время не помню. Вечером 6 июля 1959 г. я выпил около 150 г водки и кружку пива. Жалоб никаких не предъявляю».

Из материалов дела известно, что при осмотре автомашины Зиновьева было обнаружено следующее: заднее сиденье задрапировано коричнево-желтым хлопчатобумажным материалом с ворсом. В центре сидения обнаружены слабо заметные белесоватые пятна неправильной формы, размером от точечных и до $1 \times 0,6$ см, расположенные на расстоянии до 5 см друг от друга. Произведен соскоб с участков белесоватого цвета. Пол задней части автомашины покрыт резиновой шероховатой в виде рубчиков-полос пластинкой, на которой имеются земля и множественные пометки различного характера. Из отдельных мест чехла сиденья и с резиновой пластинки были взяты соскобы. На трусах Зиновьева обнаружили пометки белесоватого цвета, похожие на подсохшую сперму. Трусы изъяты для детального осмотра и лабораторного исследования.

При судебно-медицинском исследовании вещественных доказательств — трусов, изъятых у Зиновьева, и соскобов с чехлов сиденья легкой автомашины Зиновьева — получены следующие результаты: на волокнах соскоба и в фильтрате с наружной поверхности сатиновых трусов Зиновьева обнаружены многочисленные сперматозоиды с хорошо сохранившимися головками и хвостиками. На волокнах и в фильтратах с заднего сиденья легкой автомашины Зиновьева обнаружены многочисленные сперматозоиды (числом несколько сот в одном поле зрения) с хорошо сохранившимися головками и хвостиками.

Данные объективного исследования: обследуемый ростом 174 см, вес 74 кг. Телосложение правильное, крепкое, питание вполне удовлетворительное. Общий цвет кожных покровов смугло-розовый, видимые слизистые розового цвета. Обследуемый активен, несколько взволнован. Волосы на голове длиной 13 см, темно-русого цвета. Повреждений в волосистой части головы и дефектов волос не обнаружено. На левой щеке имеется розоватое пятно и почти на одной линии с ним еле заметное пятнышко розоватого цвета. Вместе эти пятна имеют размер $2,5 \times 0,3$ см. Края их разлитые. На верхнем веке правого глаза у внутреннего угла расположена царапина в виде неправильной запятой под темно-красной корочкой крови, размером $0,4 \times 0,1$ см. На расстоянии 0,7 см от нее, на переносице, располагается в виде неправильной дуги истончающаяся кверху царапина под темно-красной корочкой крови, размером $0,9 \times 0,1$ см. В центре правой щеки расположена царапина в виде ломаной линии, размером $0,7 \times 0,5 \times 0,1$ см, истончающаяся к центру. Царапина покрыта красно-бурой корочкой крови. На наружной поверхности правой щеки в виде полудуги на расстоянии 0,4—0,6 см друг от друга расположены 5 царапин длиной от 1,7 до 3,5 см параллельно друг другу. Царапины покрыты тонкими, прерывающимися, подсохшими корочками крови темно-красного цвета. Заметных повреждений на кистях не обнаружено. На спине, груди, животе, верх-

них конечностях, нижних конечностях заметных следов повреждений не обнаружено. Наружные половые органы развиты правильно. Головка полового члена без крайней плоти. Венечная бороздка и головка полового члена без каких-либо особенностей. На спинке полового члена расположено неправильной формы фиолетовое окрашивание размером $3 \times 2,5$ см, с неровными фестончатыми границами. В области этого изменения имеется небольшая припухлость. На болезненность обследуемый не жалуется. Мошонка без каких-либо особенностей. Изменений окраски или повреждений на мошонке, на всех ее поверхностях, не обнаружено. Повреждений на внутренних поверхностях бедер и в области промежности не обнаружено. Обследуемый объяснил, что кровоизлияние на половом члене произошло в момент происшествия, при эрекции «в момент моего приставания к Григорьевой она схватила половой член и повернула».

Заключение

На основании данных судебномедицинского осмотра Зиновьева Михаила Петровича, рождения 1935 года, и принимая во внимание обстоятельства дела, прихожу к следующему заключению:

1. У Зиновьева М. П. обнаружены на лице множественные неправильно-линейной формы и в форме полудуг царапины, покрытые красновато-бурыми и темно-красными корочками крови. Длина этих царапин колеблется в пределах от 0,4 см до 3,5 см и ширина их около 0,1 см, истончение к одному краю.

Кроме того, на спинке полового члена обнаружен кровоподтек неправильной формы, размером $3 \times 2,5$ см, с незначительной припухлостью в окружности.

2. Повреждения могли быть причинены в срок, соответствующий происшествию.

3. Царапины на лице могли быть получены от воздействия заостренного твердого предмета, например, ногтей пальцев. Кровоподтек на половом члене мог произойти от удара тупым твердым предметом или какого-либо другого воздействия, например сдавления тупым твердым предметом, возможно рукой.

4. По своему характеру повреждения у Зиновьева М. П. относятся к разряду легких, не причинивших расстройства здоровья.

Судебномедицинский эксперт (КОЛОСОВ)

Изнасилование с применением угроз. Угрозы оружием, убийством, мстью, изменением материально-служебного положения могут заставить женщину допустить совершение полового акта без сопротивления. Такое насильственное половое сношение не может быть доказано судебномедицинским освидетельствованием. От эксперта в данном случае требуется только установить факт бывшего полового сношения. В некоторых случаях для оценки психического воздействия и психического состояния потерпевшей требуется психиатрическая экспертиза.

Использование беспомощного состояния для насильственного полового сношения может быть при полном сохранении сознания жертвы, при ее физической слабости, невозможности сопротивляться, при изнасиловании, тяжелобольных,

парализованных, слабых, не могущих оказать сопротивления. У крепких, здоровых женщин беспомощное состояние может быть обусловлено неудобным положением женщины, в результате которого она бывает лишена возможности сопротивляться при нападении врасплох. Бессознательное состояние может быть использовано у лиц, находящихся в глубоком обмороке, эпилептическом припадке, глубоком сне. Возможность изнасилования во сне вообще не отрицается, особенно в случаях, когда это глубокий сон после, например, тяжелого физического труда у женщин, живших половой жизнью. Насильственное половое сношение может быть допущено женщиной во сне и в тех случаях, когда она принимает насильника за мужа и позволяет закончить половой акт. Изнасилование не живших половой жизнью во сне маловероятно и может произойти только при каких-либо исключительных обстоятельствах. Беспомощное состояние в смысле недостатка критического отношения к совершаемому может наблюдаться при изнасиловании психически больных. Для усыпления жертвы применялись иногда средства, вызывающие глубокий сон: хлоралгидрат, морфий, опий. Изнасилование в состоянии искусственного сна вполне возможно.

Особого внимания заслуживает изнасилование в состоянии опьянения. Совершение полового акта с женщиной, находящейся в состоянии опьянения, против ее желания вполне возможно. Нужно, однако, иметь в виду, что в состоянии опьянения женщина может допустить совершение полового акта и затем заявить об изнасиловании. Однако действие алкоголя достаточно хорошо известно, чтобы взрослая женщина могла сослаться на него, как на известные умышленные действия с целью овладеть ею.

Обстоятельства насильственного полового сношения всегда требуют тщательного изучения. Прежде всего следователь должен иметь в виду возможность ложного обвинения в изнасиловании по различным мотивам — мести, вымогательства, шантажа. Особенно часто ложные обвинения в изнасиловании встречаются со стороны истеричных легковнушаемых особ. Нередко заявительницы, сообщаящие все подробности совершенного полового акта, оказываются при судебно-медицинском исследовании девицами, не жившими половой жизнью. Поэтому требуется подробно опрашивать и тщательно изучать все обстоятельства дела, обращая особое внимание на возможность или невозможность насильственного полового сношения в данной обстановке, в данном положении.

Последствия изнасилования. Насильственное половое сношение может сопровождаться, особенно у малолетних, обширными и грубыми повреждениями половых органов, промежности, вызывающими иногда смерть либо непосредственно, либо вслед-

ствие осложнений. Заражение венерической болезнью должно расцениваться как тяжкое и серьезное последствие изнасилования. Насильственное половое сношение может привести к тяжелым и длительным нервно-психическим расстройствам или психическому заболеванию. Тяжелым последствием изнасилования у малолетних и несовершеннолетних может явиться беглежность. Наконец, последствием изнасилования может явиться и самоубийство.

§ 86. Развратные действия

Развратные действия по отношению к малолетним имеют место либо со стороны лиц женского пола преимущественно по отношению к мальчикам, чаще же — со стороны лиц мужского пола по отношению к девочкам. Развратные действия по отношению к мальчикам состоят в раздражении полового члена, введении его во влагалище, то есть совершения полового акта с малолетним, или иногда женщина заставляет раздражать свои половые органы и т. д. Развратные действия, помимо морально развращающего влияния на ребенка, могут привести и к тяжелым физическим последствиям при заражении гонореей, сифилисом. Развратные действия по отношению к девочкам совершаются обычно мужчинами преклонного возраста, но могут иметь место и со стороны молодых субъектов и несовершеннолетних подростков. Жертвами чаще всего бывают маленькие девочки в возрасте 3—5 лет, но иногда развратным действиям подвергаются и дети грудного возраста. Развратные действия состоят главным образом в раздражении половых органов ребенка пальцами, половым членом, совершается половое сношение между бедрами ребенка и т. п.

В большинстве случаев какие-либо объективные изменения, позволяющие вывести заключение о развратных действиях, отсутствуют. Иногда же наблюдаются поверхностные повреждения, главным образом в области наружных половых органов, в виде покраснения слизистой оболочки, реже поверхностных ссадин ее. Особенно большого доказательственного значения эти изменения не имеют, так как они могут наблюдаться у ребенка и по ряду других причин, например, от неопрятного содержания, от раздражения собственными пальцами при онанизме или, что часто бывает у маленьких детей, от имеющихся глистов — остриц, вызывающих резкий зуд в области заднепроходного отверстия и половых органов, когда они заползают туда. При некоторых инфекционных заболеваниях наблюдаются как осложнения воспалительные изменения половых органов ребенка. Все это может, особенно у недостаточно опытного эксперта, при осмотре создать впечатление искусственного раздражения половых органов, чего на самом деле не было.

Безусловно доказательственное значение имеет обнаружение следов семенной жидкости в окружности половых органов, на теле ребенка или на его одежде, белье. Известное значение может иметь и наличие венерического заболевания у ребенка. Нужно иметь в виду, однако, возможность внеполового заражения ребенка от окружающих и последующего ложного обвинения в развратных действиях и заражении совершенно непричастного к этому человека. Поэтому оценка обстоятельств происшествия имеет здесь такое же значение, как и при расследовании изнасилования. Особенно критически нужно подходить к показаниям самого ребенка, опять-таки в силу особенностей его психики, склонности к внушению, фантазированию и преувеличению.

Пример:

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

15 мая 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры Н-ского района г. П. юриста 2-го класса Темина К. Я. от 14 мая 1959 г. мною, судебномедицинским экспертом бюро судебномедицинской экспертизы г. П. Котловым П. П., освидетельствована девочка Вострикова Нина Васильевна, 11 лет, для установления наличия или отсутствия следов развратных действий.

Обстоятельства дела

14 мая 1959 г. днем девочка Вострикова играла вместе с другими детьми в помещении летнего театра. Когда все дети расходились, к Востриковой подошел киномеханик Уткин и задержал ее. Когда же дети ушли, Уткин спустил с Востриковой трусики, посадил на стол и стал трогать ее половые органы. Вострикова испугалась, закричала, и Уткин отпустил ее. Вострикова пришла домой и рассказала все своей матери, которая сообщила об этом в прокуратуру.

Объективные данные: девочка Вострикова осмотрена 15 мая 1959 г. При осмотре обнаружено: девочка, внешний вид которой соответствует возрасту 10 лет, правильного телосложения, несколько пониженного питания. Рост — 119 см. Оволосение на лобке и в подмышечных впадинах отсутствует. Половые органы сформированы правильно, соответственно возрасту. Грудные железы не развиты. Девственная плева кольцевидной формы, с крупноволнистым краем, целая. Имеется незначительное покраснение слизистой входа во влагалище. Каких-либо видимых следов повреждений на теле и в области половых органов не имеется.

Заключение

1. На теле девочки Востриковой Нины следов каких-либо телесных повреждений не имеется. Нет их и в области половых органов.

2. При лабораторном исследовании на трусиках Востриковой обнаружены множественные семенные клетки мужчины — сперматозоиды.

Судебномедицинский эксперт (КОТЛОВ)

§ 87. Мужеложство (гомосексуализм)

Ненормальное половое влечение к лицу своего пола наблюдается у мужчин и у женщин.

Такие взаимоотношения имеют место между взрослыми мужчинами и с обоюдного согласия. Мужеложство с применением насилия встречается по отношению к несовершеннолетним и малолетним, которых взрослые гомосексуалисты привлекают хитростью, обманом, различными обещаниями, подарками и т. д. Половой акт иногда заканчивается убийством партнера или жертвы. Половой акт совершается через заднепроходное отверстие (педерастия), сопровождаясь иногда взаимным раздражением половых органов, объятиями, поцелуями. Один из партнеров играет роль мужчины (активный педераст), другой — роль женщины (пассивный педераст). Однако одни и те же субъекты могут играть и активную, и пассивную роль. О мужеложстве можно говорить только в том случае, если имело место введение полового члена в заднепроходное отверстие.

При судебно-медицинской экспертизе в случае мужеложства приходится устанавливать факт совершения полового акта или длительного сожителства таких субъектов. У активных педерастов не остается никаких изменений половых органов, позволяющих установить их приверженность к этому пороку. При освидетельствовании непосредственно вскоре после полового сношения на половом члене, в складках крайней плоти, могут быть обнаружены частички каловых масс, что может служить доказательством имевшего место полового сношения. Исследование пассивных педерастов при однократном совершении полового акта не обнаруживает каких-либо характерных изменений.

При освидетельствовании вскоре после совершения полового акта в прямой кишке может быть обнаружено присутствие семени, иногда повреждение в окружности заднего прохода (надрывы, ссадины кожи и слизистой оболочки). Подтверждением полового сношения может также явиться венерическое заболевание с локализацией в области прямой кишки или заднепроходного отверстия: гонорея прямой кишки, мягкий шанкр или первичный сифилитический склероз.

Привычная пассивная педерастия, повторные половые сношения дают уже более стойкие изменения в окружности заднепроходного отверстия, сглаживание складок анального отверстия, надрывы, хроническое воспаление и изъязвление прямой кишки. Возможны венерические заболевания с локализацией в этой области. Однако перечисленные изменения непостоянны.

Пример:

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

5 декабря 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры г. Б. юриста 3-го класса Зайцева И. И. от 5 декабря 1959 г. судебно-медицинский эксперт бюро судебно-медицинской экспертизы Б-ской области Клементьева А. А. совместно с хирургом 1-й городской больницы Протопоповым И. И. произвела освидетельствование подростка Ф., 14 лет, для установления следов мужеложства.

Обстоятельства дела

Из постановления следователя известно, что гр-н Л. в период с 29 сентября по 1 декабря 1959 г. совершал половые сношения (акты мужеложства) с подростками, знакомясь с ними в городском парке. Л., склоняя Ф. к мужеложству, неоднократно угощал его конфетами и спиртными напитками. Заведя Ф. в кусты, Л. спустил с него одежду, лег на Ф. и ввел ему половой член в заднепроходное отверстие. Ф. было очень больно. Спустя некоторое время Л. вводил Ф. вторично половой член в заднепроходное отверстие. В парке они провели всю ночь, и утром, примерно в 6 часов, третий раз имел место акт мужеложства.

На следующий день Ф. жаловался на головную боль, боль в животе и болезненность вокруг заднего прохода. Ф. тошнило, была задержка стула на протяжении нескольких дней. Заявив о случившемся знакомому врачу, Ф. в поликлинику или другое медицинское учреждение не обращался. Развивался Ф. нормально, из детских инфекций перенес лишь корь, поллюции еще не наступали.

Данные объективного исследования: подросток мужского пола, удовлетворительного питания, с розовыми кожными покровами лица. Телосложение правильное. Вторичные половые признаки отсутствуют. В окружности заднего прохода, как и в других местах на поверхности тела, не отмечается каких-либо повреждений. Заднепроходное отверстие несколько расширено; слизистая прямой кишки красного цвета, отечная. При осмотре прямой кишки с помощью ректального зеркала на задней стенке кишки обнаружены два линейных надрыва слизистой с неровными, слегка кровоточащими краями, каждый размером $1,2 \times 0,2$ см. Других повреждений не обнаружено.

Содержимое ампулы прямой кишки взято на марлевый тампон для исследования на присутствие сперматозоидов.

Дополнительные исследования: в содержимом из прямой кишки Ф. обнаружено значительное количество сперматозоидов. В красноватых мазках на кальсонах Л. установлена кровь человека II группы, которая могла происходить от Ф., как и от других лиц, имеющих II группу крови. У Л. I группа крови (см. акт судебно-медицинского исследования вещественных доказательств).

Заключение

Судебно-медицинской экспертизой установлено:

1. Повреждения слизистой прямой кишки с покраснением, отечностью и надрывами, а также обнаружение в содержимом прямой кишки сперматозоидов свидетельствуют об имевшем место незадолго до освидетельствования (в ближайшие сутки) половом акте с введением полового члена в прямую кишку Ф.

2. Признаков многократных половых сношений через задний проход у Ф. экспертизой не установлено.

3. Повреждение прямой кишки Ф. не повлекло заболевания или нарушения функции и поэтому относится к легкому, не причинившему расстройства здоровья.

Судебномедицинский эксперт бюро судебномедицинской экспертизы Б-ской области (КЛЕМЕНТЬЕВА)

Врач-ординатор хирургического отделения
1-й городской больницы (ПРОТОПОПОВ)

ГЛАВА XX

ДРУГИЕ ВИДЫ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИВЫХ ЛИЦ

§ 88. Определение возраста. § 89. Определение тождества личности

§ 88. Определение возраста

У живых людей и на трупах по различным поводам приходится устанавливать возраст или подтверждать его. Последнее относится к случаям, когда возраст точно известен, но документы, подтверждающие его, утеряны или отсутствуют. Всегда определяется возраст неизвестных и расчлененных трупов. У живых лиц, помимо установления тождества личности, призывного или предельного возраста, необходимо устанавливать возраст в уголовных делах при определении меры наказания. Это, безусловно, необходимо по отношению к возрастным периодам 14—16—18 лет.

Статья 10 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик предусматривает, что уголовной ответственности подлежат лица, которым до совершения преступления исполнилось 16 лет. Лица, совершившие преступление в возрасте от 14 до 16 лет, подлежат уголовной ответственности лишь за убийство, умышленное нанесение телесных повреждений, причинивших расстройство здоровья, изнасилование, разбойное нападение, кражу, злостное хулиганство, умышленное уничтожение государственного, общественного имущества или личного имущества граждан, повлекшее тяжелые последствия, а также за умышленное совершение действий, могущих вызвать крушение поезда. Следовательно, определять возраст приходится в различные возрастные периоды. Чем моложе человек, тем легче и более точно можно определить его возраст. Для определения возраста пользуются теми изменениями органов, тканей и физиологических функций, которые наблюдаются с увеличением возраста. Однако нужно иметь в виду, что возрастные изменения во многом зависят от разнообразных внешних влияний, а также от индивидуальных особенностей, фи-

физиологических и патологических, отдельных лиц. Поэтому возрастные изменения необходимо принимать с известными поправками на эти особенности и внешние влияния. Отсюда следует, что определить возраст можно только относительно точно, с большим или меньшим приближением. У грудных детей возраст можно определить с точностью до месяца, у детей и подростков до 1—2 лет, у взрослых до 5 лет, а у людей старше 50 лет с приближением до 10 лет. Одни из признаков, по которым определяется возраст, более постоянны и, следовательно, более надежны, другие — непостоянны. Одни признаки связаны с тем, что до 25 лет продолжается еще рост человека и изменяются размеры отдельных частей тела и характер отдельных органов и тканей. К таким признакам относятся: рост, длина туловища, окружность груди, окружность плеча, бедра, голени, размеры головы, появление и смена зубов, формирование скелета. Другие зависят от изменения физиологических функций, в частности в связи с половым созреванием: появление растительности на лобке, в подмышечных впадинах, на верхней губе и подбородке, развитие грудных желез и появление менструаций у девочек, изменение голоса у мальчиков. Наконец, ряд признаков характеризует начало и развитие увядания. К ним относятся изменения цвета и упругости кожи, появление на ней морщин, стирание зубов, поседение и выпадение волос и ряд других.

Длина новорожденного ребенка 50 см. К 5 годам рост увеличивается до 100 см и к 15 годам — до 150 см. Предельный рост достигает обычно к наступлению половой зрелости, после чего рост может иногда увеличиться на несколько сантиметров. Изменение отдельных частей тела имеет относительное значение при определении возраста. Возраст определяется по специальным таблицам.

Большое значение для определения возраста имеют зубы. Первые непостоянные зубы (молочные) прорезаются около 6 месяцев после рождения. К концу второго года их появляется 20. С семи лет молочные зубы начинают заменяться постоянными, число которых достигает к 13—14 годам 28. Последние, третьи, коренные зубы, зубы «мудрости», появляются в возрасте от 17 до 30 лет. Поэтому при установлении возраста имеет значение наличие зубов «мудрости», а не отсутствие их. Иногда зубы «мудрости» не появляются вовсе. С 20 лет наблюдается постепенное стирание зубов, которое прежде всего наблюдается на бугорках и жевательной поверхности задних зубов. Сначала стирается эмаль, а лет с 40 и дентин. Стирающиеся поверхности становятся желтовато-коричневыми. Разрушение и выпадение зубов зависят не столько от возраста, сколько от индивидуальных особенностей, жизненных условий, профессиональных вредностей, что необходимо принимать во внимание.

Более существенное значение имеют изменения, наблюдаемые при формировании скелета. У новорожденного ребенка кости скелета состоят из нескольких отдельных частей. Превращение хрящевой ткани в костную и соединения отдельных частей костей происходят в продолжение первых 25 лет жизни. К этому периоду заканчивается формирование скелета. Хрящевая ткань в костную превращается не сразу, а путем появления в отдельных костях островков костной ткани, так называемых островков окостенения. Появление островков в отдельных костях соответствует более или менее определенному возрасту, так же как и срастание частей отдельных костей. Вот почему формирование скелета дает наиболее надежные признаки для определения возраста. При этом пользуются рентгеновским исследованием костей.

Изменение физиологических функций, связанное с половым созреванием, происходит в более или менее определенные возрастные периоды. В средней полосе менструации у девочек появляются в 13—15 лет, у южанок в 11—12 лет. В этот же период развиваются и грудные железы, появляются волосы на лобке и в подмышечных впадинах. У мальчиков к 16 годам увеличивается и происходит пигментация половых органов, появляются волосы на лобке, в подмышечных областях, на верхней губе и подбородке. Изменяется, грубеет голос, во время сна наблюдается выделение семени (поллюции). Кожа и ее придатки — волосы — с возрастом претерпевают значительные изменения. Цвет кожи, бледно-розовый в юношеском возрасте, с 30 лет начинает переходить в желтоватый, а после 50 лет приобретает сероватый, землянистый оттенок. С возрастом в коже появляются и морщины. К 20 годам появляются лобные и носогубные морщины, к 25 годам — у наружных краев глазницы, к 30 годам — под нижними веками и предкозелковые, к 40 — на шее, к 60 — на верхней губе, переносице, ушной мочке. Эластичность кожи также меняется с возрастом, особенно на тыле кистей, где она становится суше, темнее. Волосы начинают седеть прежде всего на висках с 35—40 лет. С 50 лет начинается более интенсивное старческое поседение. Облысение по существу не имеет практического значения при определении возраста, так как в основном зависит от индивидуальных особенностей.

Одни из приведенных признаков более постоянны, другие — во многом зависят от индивидуальных особенностей и внешних влияний, от образа жизни, питания, климатических условий, характера труда, различных заболеваний и др. Указанные моменты приходится учитывать при определении возраста. По этой же причине нельзя определять возраст по какому-нибудь одному признаку. Определяя возраст по каждому признаку

в отдельности и складывая полученные цифры вместе, сумму делят на число взятых признаков. Полученная цифра с поправкой до 2—5 лет в ту или иную сторону будет обозначать возраст.

Примеры:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

25 декабря 1959 г. по предложению начальника 2-го отделения милиции г. В. капитана Швеца Я. М. от 23 декабря 1959 г. судебно-медицинский эксперт Синицын И. Р. в помещении бюро судебно-медицинской экспертизы г. В. произвел освидетельствование Игнатьева Михаила Яковлевича для установления возраста.

Обстоятельства дела

Михаил Игнатьев в раннем детстве потерял родителей и жил у своей тетки. В настоящее время Игнатьеву потребовалось свидетельство о рождении для поступления в учебное заведение. По заявлению его тетки, Михаил родился в августе 1943 года. Длительно болел рахитом и катаром верхних дыхательных путей.

Объективные данные: свидетельствуемый правильного телосложения, несколько пониженного питания, рост — 163 см, вес — 53 кг. На смуглом фоне кожи лица виден яркий румянец. Волосы светло-русые, на лице еле виден пушок бороды и усов. В подмышечных впадинах волос нет, волосы на лобке развиты недостаточно. Околососковые кружки светло-коричневого цвета, голос резкий. Зубы совершенно не стерты. Зубов мудрости нет, большие коренные развиты.

Результат рентгенологического обследования: на рентгенограмме левой верхней конечности видно, что наступило синостозирование локтевого отростка, головки лучевой кости и мыщелков плеча, тогда как дистальные эпифизы лучевой и локтевой костей еще отделены хрящевыми полосками. Синостоз в основании первой пястной кости полностью не завершен. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника видны контуры развившихся апофизов тел позвонков, концы отростков позвонков получили окончательное развитие (рис. 128 а, б, в).

З а к л ю ч е н и е

На основании данных физического развития и рентгеновского обследования Игнатьева М. Я. следует считать, что Игнатьеву в настоящее время не менее 16 и не более 18 лет.

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

13 марта 1958 г. на основании постановления следователя прокуратуры г. С. юриста 3-го класса Шульгина И. В. от 11 марта 1958 г. судебно-медицинский эксперт г. С. Григорьев А. А. в помещении бюро судебно-медицинской экспертизы г. С. произвел освидетельствование гр-на Зуева Константина Александровича для установления его возраста.



Рис. 128. Рентгенограммы:

- а) Локтевой сустав. Полный синостоз эпифиза плеча и костей предплечья. б) Отсутствие синостоза головки малой берцовой кости.
в) Завершение синостозов эпифизов берцовых костей

• Обстоятельства дела

В уголовном деле № 657 на Зуева отсутствуют данные о его действительном возрасте. Из протокола допроса Зуева видно, что метрическое свидетельство им утеряно. Рос и развивался Зуев в хороших материальных условиях, в детстве ничем не болел.

Объективные данные: Освидетельствуемый правильного телосложения мускульного типа, удовлетворительного питания. Рост 179 см. вес 72 кг. Цвет кожи лица розовый. Волосы русые. Отчетливо заметны волосы усов и бороды. Волосы в подмышечных впадинах развиты недостаточно (редкие), волосы на лобке густые, выющиеся. Околососковые кружки темнокоричневые. Кроме 28 зубов, на верхней челюсти слева виден зуб «мудрости». Зубы почти совершенно не сношены, еле намечается узкая полоска стертости на резцах. Заметна слабо выраженная лобная морщинистость в виде двух поперечных полосок.

Результат рентгенологического обследования: на рентгенограмме левой нижней конечности при синостозировании всех эпифизов бедра, большеберцовой кости, дистального эпифиза малоберцовой кости еще не наступил синостоз головки малоберцовой кости. На рентгенограмме локтевого сустава видно полное синостозирование как в дистальном эпифизе плеча, так и в проксимальной части предплечья (рис. 129а, б, в).

Заключение

На основании данных физического развития и рентгеновского обследования Зуева К. А. следует считать, что возраст Зуева 20—21 год.

Судебномедицинский эксперт (ГРИГОРЬЕВ)

§ 89. Определение тождества личности

Определение тождества личности живых лиц в судебно-медицинской практике производится сравнительно редко. Основы определения тождества личности рассматриваются в курсе криминалистики. Это относится к ведению уголовной регистрации, основы которой излагаются в курсе криминалистики. Однако в некоторых случаях требуется судебно-медицинская экспертиза. Иногда необходимо установить соответствие имевших место в прошлом повреждений с рубцовыми изменениями, обнаруженными в настоящем, при осмотре объекта, или требуется установить возможность уничтожения каких-либо особых примет, например татуировки, рубцов. В случаях приходится прибегать к судебно-медицинскому освидетельствованию.



129. Рентгенограммы:

а) Синостозы локтевого отростка, головки лучевой кости и мыщелка плеча. б) Шейные позвонки, видны контуры апофизов. Хорошо развиты концы остистых отростков. в) Эпифизы (дистальные) лучевой и локтевой костей еще отделены хрящевыми прослойками

ЧАСТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ТРУПА

Раздел I

Общие положения осмотра и исследования трупа

ГЛАВА XXI

УЧЕНИЕ О СМЕРТИ И ТРУПНЫХ ЯВЛЕНИЯХ

§ 90. Умирание и смерть. § 91. Классификация причин смерти. § 92. Первоначальные признаки наступления смерти. § 93. Поздние трупные явления

С исследованием трупов судебномедицинскому эксперту приходится встречаться при осмотре трупа на месте происшествия, при первичном и повторном вскрытии или перевскрытии трупа, эксгумации. При всяком исследовании трупа возникают различного рода вопросы. Многие из них связаны со смертью человека, с процессом умирания и с теми изменениями, которые происходят в трупе как в первые моменты после наступления смерти, так и в более поздние периоды, что очень часто имеет большое практическое значение. Поэтому в судебной медицине учению о смерти и трупных явлениях отводится одно из первых мест.

§ 90. Умирание и смерть

Смерть представляет собой необходимос, естественное завершение жизни. Умирание отдельных клеток, смена их происходит в течение всей жизни человека. Своеобразные изменения в органах и тканях живого организма постепенно приводят к старению организма и к смерти. «Жить — значит умирать»¹.

Смерть человека связана с прекращением жизненных функций, в частности дыхания и кровообращения. Прекращение дыхания и кровообращения и характеризует собой наступление смерти. Прекращение дыхания само по себе еще не означает наступления смерти, ибо дыхание после кратковременной оста-

¹ К. Маркс и Ф. Энгельс, Соч., т. XIV, стр. 400.

новки может быть восстановлено искусственным путем. При прекращении же сердечной деятельности быстро развиваются в тканях и органах явления умирания. Принято считать, что если сердечная деятельность в продолжение 15 минут не восстанавливается, то процесс умирания становится необратимым, и наступает смерть. Это объясняется большой чувствительностью клеток центральной нервной системы к недостатку кислорода, который наступает при прекращении кровообращения и быстром необратимом прекращении функций расположенных в головном мозгу центров дыхания и кровообращения.

Процесс умирания начинается с угасания деятельности высших отделов центральной нервной системы, коры мозга, включения сознания, постепенно распространяясь на остальные отделы мозга. В период клинической смерти (по наблюдениям Неговского) при восстановлении жизненных функций организма деятельность центральной нервной системы восстанавливается в обратном порядке. Деятельность коры мозга — появление сознания — завершает восстановление жизненных функций организма. Если прекращение снабжения мозга кровью продолжается свыше 6 минут, восстановить жизненные функции организма в полном объеме уже невозможно (Неговский).

Эти данные подтверждаются наблюдениями и из судебно-медицинской практики. При оказании помощи повесившимся, извлеченным из петли, иногда удается восстановить кровообращение и дыхание, сознание же восстанавливается не всегда. В этих случаях человек может жить иногда в течение нескольких часов и даже дней, не приходя в сознание, и умирает от развивающихся осложнений.

Первым и основным признаком, указывающим на наступление смерти, является прекращение сердечной деятельности.

Остановка сердца не сопровождается немедленным прекращением жизненных процессов в отдельных тканях и органах. Умирание организма в смысле гибели его органов и тканей происходит постепенно. В течение многих часов отдельные органы и ткани продолжают сохранять жизнеспособность, что может быть доказано многими примерами и, в частности, широким использованием в медицинской практике отдельных тканей и органов из трупа для пересадки их в живой организм с лечебной целью. В настоящее время применяются переливание трупной крови, пересадка кожи от трупа, хрящей, роговицы глаз.

Чтобы правильно поставить диагноз наступления смерти, необходимо иметь представление о том, когда наступает смерть, какие причины вызывают ее наступление, чем характеризуется прекращение жизни и какие способы существуют для определения наступившей смерти.

Определить наступление смерти в первые моменты, в первые минуты, а иногда и часы нередко трудная задача, особенно для малоопытного человека. Да и врачу не всегда легко поставить диагноз смерти в первые моменты после ее наступления, что объясняется следующими причинами. В некоторых случаях жизненные процессы, в частности дыхание и кровообращение, могут совершаться в небольших, ограниченных объемах, настолько незначительных, что при помощи наших органов чувств трудно определить, дышит человек или нет, имеются сердечные сокращения или их нет.

Такое глубокое угнетение дыхания и кровообращения встречается при некоторых видах внешнего воздействия, например, при действии электрического тока, утоплении, при некоторых заболеваниях центральной нервной системы, отравлениях снотворными, у недоношенных младенцев, и получило название мнимой, кажущейся смерти, летаргического сна. При таком состоянии дыхание и сердечная деятельность минимальны, с трудом определяются при помощи обычных методов исследования, и человек производит впечатление мертвого. Тщательный осмотр позволяет, конечно, установить признаки жизни.

Вскоре после смерти начинают развиваться несомненные признаки ее, по которым уже в первые часы можно с уверенностью сказать о наступлении смерти, но иногда такой диагноз поставить все-таки нелегко.

Способы определения наступления смерти делятся на две группы. Одни, не имеющие практического значения, широко используют в быту, другие могут применяться исключительно врачами.

К врачебным способам исследования относятся пробы на сохранение кровообращения. Для этого надрезают кожу или вскрывают небольшую артериальную веточку. При наличии хотя бы слабого кровообращения из перерезанных сосудов будет вытекать кровь. Помимо указанных способов, предложено и много других, например рентгенография сердца.

В последнее время для определения наступления смерти стали пользоваться особым прибором — электрокардиоскопом. Последний, улавливая самые незначительные сокращения сердечной мышцы, является надежным средством для диагностики смерти.

Перечисленные основные способы дают возможность определить наступление смерти в первые моменты после ее возникновения. Вскоре, в первые часы после наступления смерти, появляются изменения, которые могут развиваться только в трупe. Такие изменения получили название несомненных признаков смерти, или ранних трупных явлений.

§ 91. Классификация причин смерти

Судебномедицинское вскрытие трупа имеет задачей установить причину смерти и прежде всего подтвердить или исключить насильственную смерть. Часто судебномедицинское вскрытие производится лишь при подозрении на насильственную смерть, которая иногда исключается вскрытием трупа. В связи с этим необходимо прежде всего усвоить, какие виды смерти встречаются и как они систематизируются. Уже было сказано о том, что смерть является неизбежным и закономерным физиологическим завершением жизни. Это будет естественная, физиологическая смерть. Однако с такой физиологической смертью мы встречаемся сравнительно редко. Значительно чаще смерть наступает от других причин и ранее физиологического предела жизни. Поэтому необходимо предварительно ознакомиться с теми причинами, которые вызывают преждевременную смерть и с которыми приходится встречаться в судебномедицинской практике. По отношению к причинам, обуславливающим наступление смерти, все смерти могут быть разделены на две основные группы: смерть естественную (ненасильственную) и смерть насильственную.

Смерть естественная (ненасильственная). К естественной смерти может быть отнесена смерть физиологическая и смерть преждевременная.

Смерть физиологическая может наступить от старости вследствие наступления физиологического предела жизни, а также у недоношенных младенцев от недоразвития, врожденной слабости.

Смерть преждевременная наступает от болезней, являющихся пока еще наиболее частой причиной смерти. В социалистическом государстве, где все силы общества направлены на улучшение условий труда и быта, где уничтожена эксплуатация человека человеком, смертность преждевременная от болезней будет все время снижаться.

К преждевременной смерти относится также смерть внезапная и скоропостижная, наступающая от болезненных причин, в очень короткий промежуток времени.

Смерть насильственная — это смерть от всякого рода внешних воздействий: механических повреждений, кислородного голодания, лучистой энергии и других воздействий.

В зависимости от условий возникновения насильственная смерть может быть следствием убийства, самоубийства и несчастного случая. Поэтому при насильственной смерти приходится устанавливать и род смерти. Установление рода смерти относится уже к компетенции следователя, а не судебномедицинского эксперта.

Классификация причин смерти может быть представлена в следующем виде:

А. Смерть естественная (ненасильственная)

I. Смерть физиологическая:

от старости;

от физиологического недоразвития.

II. Смерть преждевременная:

смерть от болезней, в том числе внезапная и скоропостижная.

Б. Смерть насильственная (убийство, самоубийство, несчастный случай):

от механических повреждений;

от механически вызванного кислородного голодания;

от ядовитых веществ (отравление);

от высокой и низкой температуры;

от атмосферного и технического электричества;

от необычно высокого или низкого внешнего давления;

от голода и недостатка воды;

от лучистой энергии (радий, рентген);

от физического перенапряжения;

от психической травмы.

§ 92. Первоначальные признаки наступления смерти

К ранним трупным явлениям, или первоначальным признакам смерти, относятся: охлаждение трупа, трупные пятна, трупное окоченение и высыхание.

Охлаждение трупа. Нормальная температура человеческого тела ($+36^{\circ}$ — $+37^{\circ}$), вскоре после смерти она начинает понижаться. Если труп находится в обычной комнатной температуре $+13^{\circ}$ — $+14^{\circ}$, то понижение температуры трупа происходит последовательно и постепенно, примерно на один градус в час. Приблизительно к концу суток температура трупа сравнивается с температурой окружающей среды. Этот обычный процесс охлаждения трупа можно проследить, измеряя температуру тела в прямой кишке.

Изменения температуры внешней среды отражаются и на процессе охлаждения трупа. При оценке рассматриваемого признака смерти необходимо принимать во внимание температурные условия, в которых находился труп, а также одежду, препятствующую охлаждению.

У трупа, одетого в обычное платье, быстрее остывают открытые части тела — лицо, кисти, медленнее охлаждаются прикрытые и соприкасающиеся между собой части тела. Так, при охлаждении всей поверхности трупа в подмышечных впадинах и между бедрами может еще сохраняться тепло. На это обстоя-

тельство нужно обратить внимание при осмотре трупа на месте происшествия, при определении давности наступления смерти.

Труп, находящийся на открытом воздухе в холодное время года, раздетый или слабо прикрытый, охлаждается очень быстро. Обратную картину можно наблюдать в случаях, когда труп находится в натопленной комнате, в постели, прикрытый одеялом. При таких условиях труп охлаждается медленнее.

У живого человека температура тела может значительно понижаться в некоторых случаях, например, при общем охлаждении, при отравлении алкоголем. Температура тела у живого человека может понижаться до $+25^{\circ}\text{C}$ и даже несколько ниже. Понижение температуры тела ниже $+25^{\circ}$ обычно вызывает необратимое состояние и смерть.

Трупные пятна. При осмотре трупа можно увидеть, что кожные покровы его нижележащей поверхности, обычно спины, окрашены в синевато-багровый цвет (рис. 130а). Такая окраска кожных покровов наблюдается только после смерти. У людей с резко ослабленной сердечной деятельностью при медленном умирании, длительной агонии можно наблюдать появление синюшной окраски кожи вследствие застоя крови в нижележащих отделах тела еще в агональном периоде. Однако резко выраженная сине-багровая окраска нижележащей поверхности тела встречается только на трупе, отсюда и название этого окрашивания кожи — трупные пятна. Трупные пятна начинают появляться через $1\frac{1}{2}$ —2 часа после смерти.

Механизм образования трупных пятен заключается в следующем: вскоре после прекращения работы сердца, непосредственно за остановкой сердца, кровь в силу своей тяжести начинает стекать по сосудам в нижележащие части, где и застаивается. Скопление крови в нижележащих частях придает кожным покровам вначале слабосинюшую окраску, которая постепенно усиливается и переходит в сине-багровый цвет. В первый период образования трупных пятен, приблизительно в первые 6—8 часов после смерти, кровь находится еще в кровеносных сосудах, и если положение трупа в этот период времени изменить, труп перевернуть, то трупные пятна начинают перемещаться. Окраска кожи бледнеет, а кожные покровы на нижележащих местах трупа становятся синюшными и сине-багровыми. Процесс перемещения может закончиться в этот период времени полным исчезновением трупных пятен на прежнем и образованием их на новом месте. Полное перемещение трупных пятен может указывать на время наступления смерти и отчасти на положение трупа после смерти.

Позднее кровь, находящаяся в сосудах, подвергается особым изменениям. Кровяной пигмент — гемоглобин, находящийся в красных кровяных шариках, растворяется в кровяной плазме,

которая принимает красноватый и затем красный цвет. Плазма, окрашенная кровью, пропитывает стенки сосудов, начинает просачиваться в окружающую сосуда ткань, которая принимает тоже красно-синюшную окраску. Этот процесс, начинающийся вскоре после смерти, постепенно усиливается. Ткани прокрашиваются, пропитываются окрашенной плазмой все больше и больше.

Процесс пропитывания и окрашивания тканей кровяной плазмой называется имбибицией — пропитыванием. Когда этот процесс заметно разовьется, то трупные пятна будут перемещаться уже не полностью, а частично. При изменении положения трупа, при его перевертывании они частично сохраняются на прежнем месте, а частично образуются на новом. Такое перемещение трупных пятен наблюдается в период 10—15 часов после смерти. Позднее способность трупных пятен к перемещению постепенно уменьшается, и трупные пятна при изменении положения трупа уже не исчезают и не перемещаются, что наблюдается обычно к концу первых суток после смерти. В дальнейшем трупные пятна вследствие имбибиции становятся прочно фиксированными там, где они образовались, и уже не перемещаются.

Трупные пятна при осмотре трупа на месте происшествия имеют значение не только как признак наступившей смерти. При осмотре необходимо обращать внимание на расположение трупных пятен, их цвет и степень выраженности.

По положению трупных пятен можно судить о положении трупа после смерти и его перемещении.

Цвет трупных пятен не всегда одинаков. Обычно трупные пятна имеют сине-багровый цвет. При изменении цвета красящего вещества крови от действия некоторых ядовитых веществ изменяется и цвет трупных пятен. Так, при отравлении окисью углерода они имеют ярко-красный цвет. Другие яды (бертолетова соль, нитриты), изменяя цвет кровяного пигмента в коричневый, приводят к тому, что трупные пятна принимают также коричневато-серый оттенок. Розовато-красная окраска трупных пятен наблюдается у утопленников при недолгом пребывании трупа в воде, на трупах, лежащих в сырых, холодных помещениях, в снегу, во льду. В последнем случае розовато-красная окраска может образоваться на тех местах трупных пятен, которые подвергались увлажнению. Своеобразная окраска, слегка вишневого оттенка, наблюдается у умерших от отравления различными соединениями синильной кислоты, например цианистым калием.

Цвет трупных пятен уже при осмотре трупа на месте происшествия может дать опытному судебно-медицинскому эксперту определенные указания о причине смерти.



Рис. 130а. Трупные пятна

Степень выраженности трупных пятен зависит главным образом от количества крови в организме, от состояния упитанности субъекта, иногда от причины смерти. При быстрой смерти от различных причин кровь остается в трупе в жидком состоянии, от чего трупные пятна образуются быстро после смерти и бывают резко выражены. В случаях, когда человек перед смертью потерял много крови вследствие кровотечения наружными или в полости тела, трупные пятна могут быть еле заметными. Слабо выраженными трупные пятна бывают также на трупах лиц, страдавших тяжелыми хроническими истощающими заболеваниями. В дальнейшем, с развитием трупных явлений, сине-багровая окраска трупных пятен стусевывается и они становятся постепенно грязно-зеленоватыми и зелеными, сливаясь с общей окраской трупа, подвергающегося гнилостному разложению.

Трупное окоченение. Довольно скоро после смерти, большей частью в первые 6 часов, можно наблюдать своеобразное изменение скелетной мускулатуры трупа в виде уплотнения мышц, получившее название трупного окоченения.

Появление и развитие трупного окоченения подвержено значительным колебаниям в зависимости от ряда внешних условий. Обычно трупное окоченение начинается с жевательных мышц, распространяясь на туловище и конечности. Такая последовательность трупного окоченения наблюдается не всегда. Уже в первые 2—3 часа после смерти при попытке открыть рот у трупа наблюдается сопротивление жевательных мышц, которые к этому времени начинают уплотняться. При дальнейшем развитии трупного окоченения, когда оно захватывает и другие группы мышц, уже трудно разогнуть руки, ноги. Отдельные члены фиксируются в том положении, в котором они находились в момент смерти. Поэтому очень часто труп сохраняет то положение, которое наблюдалось в момент смерти.

Обычное трупное окоченение захватывает все группы мышц к концу суток, но нередко полное развитие трупного окоченения наступает уже к концу первой четверти суток, когда оно может быть хорошо выражено во всех группах мышц.

На развитие трупного окоченения значительное влияние оказывает температура окружающей среды. Чем выше температура окружающей среды, тем раньше развивается трупное окоченение и тем быстрее оно исчезает. Чем ниже температура окружающей среды, тем медленнее развивается трупное окоченение и тем дольше оно держится. Вот почему трупное окоченение может сохраняться иногда недели и месяцы, особенно при захоронении трупа в холодное время года или если труп весной или осенью находится на поверхности земли. Спустя некоторое время при обычной комнатной температуре — к концу

третьих суток трупное окоченение постепенно начинает исчезать. Разрешение трупного окоченения выражается в расслаблении мышц и изменении положения, в котором были зафиксированы члены.

Появление и разрешение трупного окоченения объясняются химическими процессами, происходящими в мышцах после смерти. Высокая температура ускоряет развитие этих процессов. Низкая температура замедляет их.

Трупное окоченение отнюдь не связано с замерзанием трупа. Если труп замерз, то после оттаивания его трупное окоченение может полностью сохраняться. Иногда оно может наступить непосредственно после смерти. Такое трупное окоченение получило название каталептического. Собственно говоря, это не трупное окоченение, а резкие судорожные сокращения мышц, которые уже затем переходят непосредственно в окоченение. Каталептическое трупное окоченение наблюдается чаще всего при поражении центральной нервной системы, при травмах ее, например огнестрельных повреждениях. Так, во фронтовой обстановке находили солдат, убитых выстрелом в голову, в том положении, в каком застигла их смерть, например сидящим с кружкой чая в руке. Каталептическое трупное окоченение наблюдается также в случаях, когда смерть сопровождается резкими судорогами, в частности при столбняке, отравлении стрихнином.

Так как трупное окоченение принимается во внимание при установлении давности наступления смерти, то возможность каталептического окоченения не следует упускать из виду при осмотре трупа на месте происшествия.

Высыхание. К ранним трупным явлениям относится также посмертное высыхание. На поверхности трупа иногда можно наблюдать отдельные пятна, которые имеют желтовато-светлую окраску и при ощупывании производят впечатление пергаментной плотности. Они наблюдаются при посмертных повреждениях поверхностного слоя кожи, эпидермиса, а также зависят от высыхания тех участков кожи, которые при жизни подвергаются увлажнению и размягчению, например, паховые складки, складки в области промежности, мошонки, особенно ее боковых поверхностей, у грудных детей — при так называемой опрелости в пахах, в области ягодиц, между складками на шее. После смерти такие увлажненные участки высыхают и превращаются в пергаментные пятна.

Высыхает также слизистая оболочка губ, особенно у детей, глазные яблоки, если глаза после смерти остаются открытыми. В этих случаях высыханию подвергается не только роговица, но и прилегающие к ней участки белочной оболочки глаз, склеры, в результате чего на глазных яблоках, в частности на

склере, появляются буроватые участки треугольной формы, основанием обращенные к роговице. При раздвигании век высохшие участки хорошо бывают видны на глазных яблоках.

Изменения глаз. Блестящая роговица после наступления смерти вследствие развития трупных процессов начинает тускнеть, становится мутной и совершенно непрозрачной.

§ 93. Поздние трупные явления

Гниение трупа. Уже в первые часы после смерти в органах и тканях трупа начинают развиваться процессы, заключающиеся в расщеплении сложных органических соединений и образовании более простых веществ. Эти процессы называются гниением. Гниению при известных условиях подвергаются органические вещества, и процесс гниения обусловлен развитием особых микробов, которые расщепляют сложные органические соединения на более простые.

Микробы, вызывающие гниение, при жизни человека находятся в значительном количестве в просвете кишечника и начинают появляться в крови, а следовательно, и в тканях в агональном периоде или после смерти. Попадая в кровь и в различные органы и ткани, они начинают быстро размножаться.

Изучать изменения, происходящие в процессе гниения, необходимо для того, чтобы при осмотре и вскрытии трупа не смешать гнилостные изменения с прижизненными явлениями и тем самым не сделать неправильных выводов, а также для определения давности наступления смерти.

Внешние проявления процессов гниения. При обычных условиях, главным образом при обычной температуре окружающей среды — 13° — 14° C, гнилостные изменения становятся заметными обычно через 3—4 дня после смерти. Они заключаются в появлении своеобразной зеленоватой окраски кожных покровов, в первую очередь на животе, в подвздошных областях, где кожа становится грязно-зеленоватой и в дальнейшем темно-зеленой. Вначале грязно-зеленоватая окраска появляется на небольших участках отдельными пятнами, которые начинают распространяться и довольно быстро захватывают всю кожу живота. Зеленоватая окраска затем распространяется на все туловище, наружные половые органы, верхние и нижние конечности. Одновременно зеленоватая окраска появляется и на лице, и в области шеи, и, наконец, труп весь становится грязно-зеленого цвета.

Параллельно изменению цвета кожных покровов в результате образования под кожей, во внутренних органах и полостях трупа гнилостных газов наблюдается более или менее равномерное увеличение объема трупа. Туловище, конечности

значительно увеличиваются в объеме, кожа становится твердой, плотной, мошонка и половой член увеличиваются в объеме в несколько раз. Шея становится толстой. Лицо раздувается. Раздутые веки прикрывают глазные яблоки. Губы несколько вывертываются, становятся также толстыми. Развитие гнилостных газов в трупе называется гнилостной, или трупной эмфиземой. Развитие газов в трупе приводит к образованию так называемого «гигантского трупа» (рис. 130б).



Рис. 130 б. Гнилостные изменения трупа (гнилостная эмфизема)

Одновременно с этими гнилостными явлениями происходит ряд других изменений. Верхний слой кожи местами приподнимается в виде пузырей, наполненных грязно-кровянистой жидкостью. Отдельные пузыри лопаются, и образующие их поверхностные слои кожи отделяются в виде тонкой пленки, обнажая подлежащую влажную грязно-зеленого цвета поверхность кожи. Волосы на голове и других частях тела в этом периоде гниения легко отделяются при дотрагивании до них рукой. Из отверстия носа и рта выделяется кровянистая жидкость, сукровица. Заднепроходное отверстие зияет, из него выделяется содержимое прямой кишки. Кровянистая жидкость выделяется и из половой щели у женщин.

В дальнейшем кожа в отдельных местах размягчается, вследствие чего на этих участках прорываются гнилостные газы из глубже лежащих тканей. Объем трупа в результате выхождения газов постепенно уменьшается. В первых стадиях гниения на коже наблюдается появление особых ветвящихся

сетеобразных фигур темно-красного цвета. Такие изменения называются гнилостной, или трупной сетью, и объясняются пропитыванием тканей кровью по ходу подкожных вен.

Гнилостные процессы захватывают, само собой разумеется, и внутренние органы, прежде всего кишечник, откуда гнилостные микробы и начинают распространяться. Внутренние органы в результате процессов имбибиции принимают грязно-красную окраску, становятся очень дряблыми. Развитие гнилостных газов придает органам пенистое ячеистое строение. Гнилостные процессы и имбибиция приводят в конце концов к размягчению органов и тканей. Размягченные органы превращаются в грязно-бурую зловонную массу, которая постепенно начинает стекать в нижележащие отделы трупа, а затем при размягчении и разрушении кожи вся масса гниющих тканей постепенно отделяется от костей, просачивается в почву, после чего остается лишь костный скелет, лишенный мягких тканей.

Не все органы гниют одинаково быстро. Прежде всего загнивают петли кишок, желудок, селезенка, печень, почки, головной мозг, сердце и легкие. Дольше сохраняются такие плотные ткани и органы, как хрящи, связки, крупные сосуды, матка. Кости после разрушения их органической основы сохраняться могут долго.

Факторы, ускоряющие и замедляющие гниение. Гниение — процесс, обусловленный жизнедеятельностью микроорганизмов, которые могут развиваться только при определенных благоприятных условиях. К таким условиям относятся определенная температура и достаточное количество влаги. Наиболее благоприятная температура для развития бактерий ($+38^{\circ} — +40^{\circ} \text{C}$). При такой температуре гниение развивается чрезвычайно быстро, если имеется достаточная влажность, то есть не происходит высыхание трупа, ибо в трупе всегда имеется достаточно влаги для развития бактерий. Гниение задерживается при более высокой температуре, когда начинает развиваться высыхание тканей и жизнедеятельность бактерий угнетается, а также при низкой температуре от 0° и ниже, когда жизнедеятельность бактерий прекращается. Поэтому трупы, находящиеся при температуре 0° и ниже, не подвергаются гниению, могут долго сохраняться в неизменном состоянии.

Известное влияние на развитие и быстроту гниения трупа могут оказывать предшествующие смерти заболевания. Такие заболевания, как общее заражение организма или гнойное воспаление отдельных органов и тканей, сопровождаются и более быстрым развитием процессов гниения. Особенно быстро изменяются от гниения трупы умерших от газовой гангрены.

Влияние внешних условий на развитие процессов гниения необходимо учитывать при осмотре трупа на месте происшеств-

вия, так как в некоторых случаях гнилостные процессы развиваются в чрезвычайно короткий срок и резкие степени гниения с зеленой окраской кожных покровов и вздутием трупа наблюдаются иногда уже по истечении суток.

Ясное представление о развитии гнилостных процессов необходимо при определении давности наступления смерти, когда обязательно должны учитываться внешние условия, в которых находился труп, и для отличия прижизненных изменений от изменений, развивающихся после смерти и вызванных гниением. Некоторые гнилостные изменения могут симулировать прижизненные процессы. Так, при гниении и пропитывании задние отделы легких становятся значительно плотнее передних, что может быть принято за воспаление легких. Трупное пропитывание некоторых органов, например поджелудочной железы, принимается за кровоизлияние в нее. Посмертное скопление кровянистой жидкости в полостях тела принимается за кровоизлияние. Трупное пропитывание тканей, особенно в области затылка, поясничной области, принимается иногда за прижизненный кровоподтек. Пищевые массы из желудка выдавливаются гнилостными газами в просвет пищевода, в полость рта, дыхательные пути. Это может быть принято за задушение пищевыми массами.

На развитие гниения влияют и другие внешние условия, в которых находится труп. Быстрее всего развивается гниение на открытом воздухе. В почве и в воде труп гниет медленнее. В различных почвах трупы гниют по-разному: в некоторых он долгое время сохраняется и не разрушается. Например, в крупнопористой почве, где происходит хорошая вентиляция, труп может сохраняться долгое время, не подвергаясь разрушению, и постепенно высыхать.

Развитие гниения зависит также от времени года. Трупы, погребенные зимой, гниют медленнее, чем похороненные летом. Все эти факторы необходимо учитывать при оценке состояния трупа и давности наступления смерти.

Что касается вскрытия гнилостно измененных трупов, то оно должно производиться по обычным правилам судебно-медицинского исследования, быть полным, всесторонним. Нельзя отказываться от вскрытия трупа только на том основании, что он резко изменен гниением.

Жировоск. Своеобразные изменения трупа наблюдаются в случаях, когда труп находится во влажной среде, в сырой почве либо в воде, особенно стоячей или медленно текущей. Процессы гниения в таких трупах прекращаются сравнительно быстро. Растворимые вещества из трупа вымываются, а в тканях начинают развиваться своеобразные процессы, в частности превращение жировых веществ, пропитывающих ткани и ор-

ганы. Этот процесс носит также название омыления, потому что при расщеплении жиров из жирных кислот и солей образуются мыла.

Омылению подвергаются, кроме жира, и другие органы и ткани, превращающиеся в конце концов в однородную, беловато-желтую, довольно мягкую массу, напоминающую по внешнему виду жир и воск, откуда и название процесса — жировоск.

Жировоск может образоваться на трупах или в отдельных участках трупа, находящихся в земле.

Образование жировоска — длительный процесс, продолжающийся несколько месяцев. Для превращения в жировоск трупа взрослого человека необходимо 10—12 месяцев, а для трупа новорожденного младенца 3—4 месяца.

При образовании жировоска сохраняются контуры тела, отдельных органов, отпечатки и следы на поверхности тела, например, странгуляционная борозда, отпечаток пояса, иногда раны и т. д. (рис. 131).

Высыхание трупа (мумификация). Когда труп находится в особых условиях, а именно в сухом воздухе, хорошо вентилируемом сухом помещении, он высыхает целиком. В результате наступает высыхание трупа, или мумификация его вследствие потери трупом жидкости. Резко высыхают не только кожные покровы, но все органы и ткани. В таком состоянии труп может



Рис. 131. Труп, превратившийся в жировоск

сохраняться чрезвычайно долгое время и противостоять разрушительным процессам.

В судебно-медицинской практике наблюдается нахождение мумифицированных трупов на чердаках, иногда в помещениях

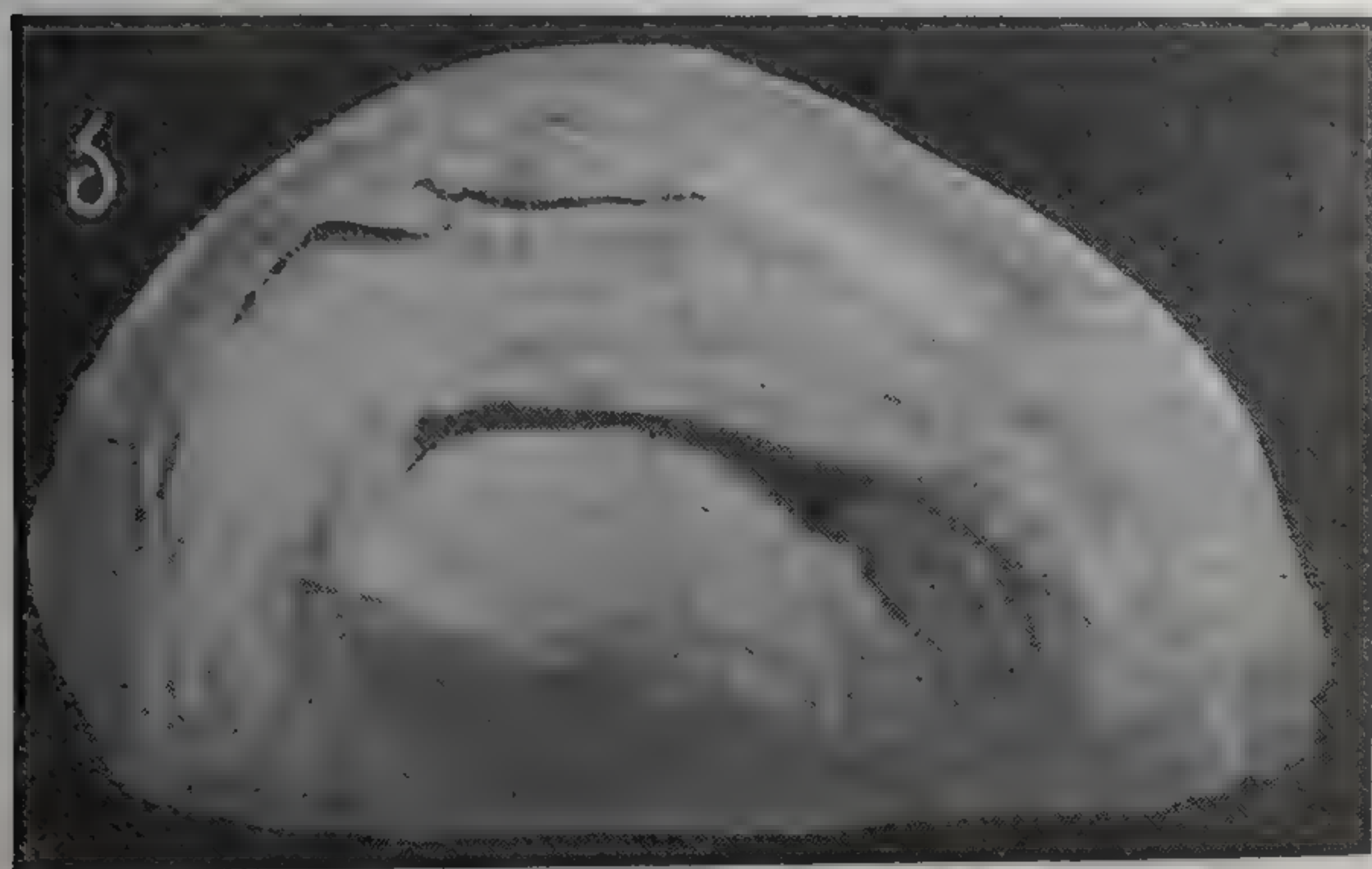
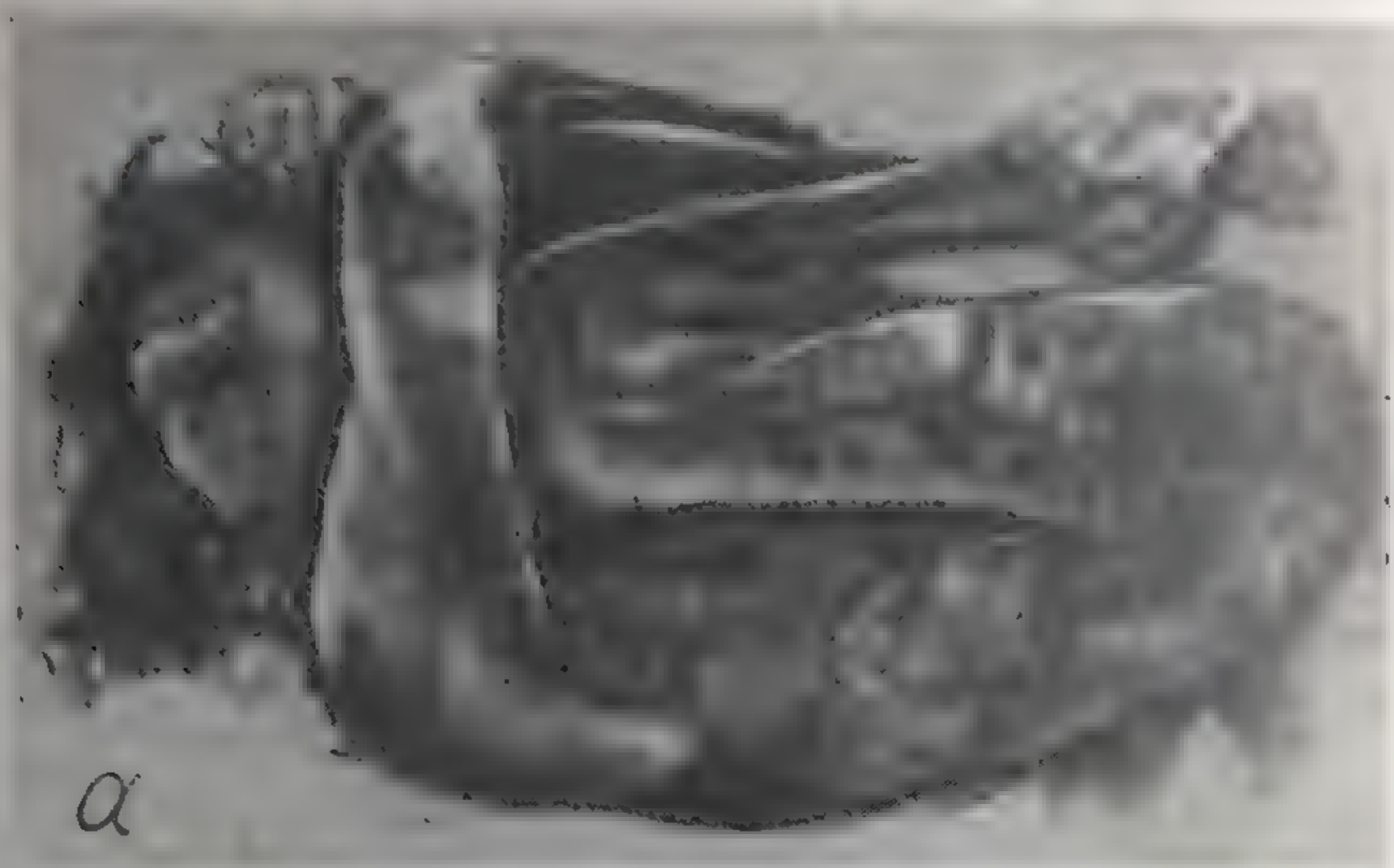


Рис. 132. а) Мумифицированный труп убитой женщины, пробывший в земле 1 год. б) Повреждение черепа, обнаруженное при исследовании этого трупа (Суворов)

почве, закрытых помещениях, реже — на открытом воздухе, например в Средней Азии.

Мумификация трупа может быть частичная и общая. При частичной мумификации высыханию могут подвергаться отдельные части тела, например кисти или стопы.

Естественную мумификацию необходимо отличать от искусственной после так называемой бальзамировки, сопровождающейся также высыханием трупа (рис. 132 а, б).

Торфяное дубление. В тех случаях, когда труп находится в торфяном болоте, в кислой болотистой почве, наблюдаются своеобразные изменения трупа, заключающиеся в так называемом торфяном дублении, когда кожа трупа, внутренние органы и ткани под влиянием кислых жидкостей и кислой почвы уплотняются, подвергаются своего рода дублению.

Разрушение трупов грызунами, домашними и хищными животными, птицами, насекомыми. Помимо различных процессов, связанных с гниением и другими превращениями трупа, разрушение его могут производить грызуны, хищники и домашние



Рис. 133. Повреждение кожи трупа крысами

животные, птицы и насекомые. Разрушение трупа животными наблюдается в случаях, когда труп находится или на открытом воздухе, или в помещении, где имеются мелкие животные, — подвалах, сараях, иногда в жилых квартирах. Чаще всего разрушение трупа производят мелкие животные — мыши и особенно крысы, которые могут разрушать и уничтожать значительные части трупа, пожирая их. Мыши и крысы производят характерные повреждения, дефекты кожи и более глубоких тканей, имеющие фестончатые края. Разрушению подвергаются в первую очередь мягкие ткани лица, открытые конечности (рис. 133).

Из наиболее крупных животных, иногда повреждающих труп, можно назвать собак, свиней, а в лесах, в сельских местностях — также волков и шакалов. Эти животные могут производить значительные разрушения трупа, вплоть до полного уничтожения многих органов и тканей. Птицы наносят повреждения клювами мягким тканям, выклеывают глаза.

Практическое значение имеют также повреждения трупа насекомыми. После смерти на трупе поселяются различные



Рис. 134. Повреждение кожи трупа тараканами



Рис. 135. Повреждение мягких тканей трупа личинками мух в лесу. Самоповешение

насекомые. Это относится к трупам, свободно лежащим на открытом воздухе и к находящимся в помещениях, и к погребенным в землю.

К насекомым, поселяющимся на трупах, в первую очередь нужно отнести мух, которые откладывают на трупе яички, из которых довольно быстро выходят личинки, начинающие уничтожать отдельные ткани и органы. Личинки поселяются не только на поверхности, но проникают и внутрь трупа. В летнее время труп может оказаться довольно быстро покрытым личинками мух, неправильно называемых червями. Личинки мух в сравнительно короткое время могут совершенно уничтожить мягкие ткани трупа.

Кроме мух, в уничтожении трупа участвуют и другие насекомые, которые пожирают те или иные части трупа — кожу, жировые вещества. Быстро уничтожают мягкие ткани трупа муравьи. Они оставляют на коже трупа своеобразные желтовато-бурые следы, которые могут быть приняты за ожоги или осаднения. Своеобразные повреждения кожи на трупах производят также тараканы (рис. 134, 135).

Повреждения трупов животными, птицами и насекомыми имеют значение потому, что они могут иногда быть признаны за прижизненные повреждения. Кроме того, при быстром разрушении трупа насекомыми можно ошибиться в определении давности наступления смерти. Следует признать за правило подробное фотографирование повреждений, обнаруженных на трупе. Особенно большое значение имеет цветная фотография.

ГЛАВА XXII

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА

§ 94. Патологоанатомическое вскрытие. § 95. Судебно-медицинское исследование трупа. § 96. Первоначальный осмотр трупа на месте происшествия. § 97. Вскрытие трупа. § 98. Составление акта исследования трупа. § 99. Эксгумация. § 100. Исследование измененных трупов. § 101. Дополнительные исследования. § 102. Опознание трупа. § 103. Реставрация трупа

По сравнению с исследованием живых лиц исследование трупов встречается значительно реже, является ответственным действием и требует знаний и опыта. Ошибки, допущенные при исследовании трупа, трудно, а иногда и невозможно исправить, так как труп быстро разрушается гниением.

Исследование трупа может проводиться в виде наружного первоначального осмотра трупа на месте его обнаружения. Самым распространенным видом исследования трупа является вскрытие. Кроме того, приходится производить повторное вскрытие или перевскрытие трупа, а также и извлечение

захороненного трупа из земли — эксгумацию. Таким образом, к судебно-медицинскому исследованию трупа относятся почерпный осмотр трупа на месте происшествия, вскрытие трупа, повторное вскрытие или перевскрытие и эксгумация. Помимо судебно-медицинского, существует еще патологоанатомическое вскрытие трупа. Цели и задачи этих двух видов вскрытий трупов не одинаковы. На этом следует остановиться несколько подробнее, чтобы представить себе более ясно, в чем заключается разница между ними и какие задачи преследуют то и другое вскрытия.

§ 94. Патологоанатомическое вскрытие

Патологоанатомическое вскрытие — это исследование трупов лиц, умерших в лечебных учреждениях — госпиталях, лазаретах, больницах. При смерти от заболевания или травмы вскрытия производятся для изучения болезненных процессов, сопоставления клинических и анатомических диагнозов, то есть тем самым для контроля клинических диагнозов, а отчасти и лечебных мероприятий. Патологоанатомические вскрытия, являясь научным методом исследования, служат расширению медицинской науки и одновременно способствуют повышению квалификации врачей, повышению качества лечения. Производя вскрытия в лечебных учреждениях и изучая секционный материал, патологоанатомы особое внимание обращают на дефекты лечебной работы и тем самым оказывают большую помощь улучшению лечебного обслуживания больных.

Необходимо, однако, знать, что, хотя патологоанатом и производит вскрытие трупов, все же он не может заменить полностью судебно-медицинского эксперта, если только патологоанатом не имеет специальной подготовки в области судебно-медицинской экспертизы. Патологоанатомы не всегда могут удовлетворить запросы следователя, почему к ним и нельзя предъявлять тех же требований, какие предъявляются к судебно-медицинскому эксперту в отношении судебно-медицинских вскрытий. Если при патологоанатомическом вскрытии обнаруживаются указания на насильственную смерть, то патологоанатом обязан либо прекратить вскрытие и передать судебно-медицинскому эксперту, либо продолжать его уже как судебно-медицинское, поставив в известность органы следствия и передав им акт вскрытия.

При патологоанатомическом вскрытии составляются протокол вскрытия и патологоанатомический диагноз, то есть последовательное перечисление болезненных изменений, обнаруженных при вскрытии трупа. Иногда приходится по протоколу патологоанатомического вскрытия давать судебно-медицинское заключение. Это бывает в тех случаях, когда уголовное дело

возникает уже после вскрытия. Хорошо составленный подробный протокол патологоанатомического вскрытия позволяет без затруднений дать правильное судебномедицинское заключение. В больницах и госпиталях имеются специальные патологоанатомические отделения (прозекутуры), которые проводят исследование трупов лиц, умерших в этих лечебных учреждениях.

§ 95. Судебномедицинское исследование трупа

Судебномедицинское исследование трупа во всех его видах проводится по требованию органов следствия или дознания. Разные виды судебномедицинского исследования трупа имеют свои особенности, на которых следует остановиться особо. Любое исследование трупа должно производиться в присутствии представителя органа, потребовавшего исследования, и по его письменному предписанию. К сожалению, это не всегда выполняется. Исследование трупа может быть произведено и по инициативе судебномедицинского эксперта. Это бывает в случаях, когда промедление в производстве вскрытия отрицательно скажется на его результатах. Например, в жаркое время года трупы гниют чрезвычайно быстро, и уже через сутки, а то и ранее гнилостные изменения не позволяют ответить на вопрос о причине смерти, не говоря уже о других деталях. Поэтому судебномедицинский эксперт вынужден проявлять инициативу и производить исследование трупа без предписания органов следствия, направляя им результаты исследования непосредственно после вскрытия трупа. Однако такое вскрытие не будет судебномедицинской экспертизой. Рассмотрим каждый вид судебномедицинского исследования трупа в отдельности.

§ 96. Первоначальный осмотр трупа на месте происшествия

Осмотр трупа может производиться по различным поводам: для установления действительного наступления смерти, давности наступления смерти, опознания личности покойного и др. Чаще всего приходится производить осмотр трупа на месте его обнаружения, на месте происшествия. Этот вид судебномедицинского исследования трупа составляет часть осмотра места происшествия.

Осмотр места происшествия — следственное действие, проводимое следователем. При обнаружении трупа к осмотру места происшествия привлекается судебномедицинский эксперт, а при его отсутствии — ближайший врач. Осмотром руководит следователь. На обязанности врача-эксперта лежит лишь осмотр трупа и отчасти некоторых вещественных доказательств, например следов крови.

Осмотр места происшествия рассматривается в курсе криминалистики. Здесь нужно остановиться лишь на некоторых общих положениях. Осмотр места происшествия лежит на обязанности следователя, который должен руководить осмотром и предлагает врачу-эксперту в нужный момент осмотреть труп. Осмотр трупа на месте происшествия должен производиться обязательно при любом виде насильственной смерти или подозрении на насильственную смерть. Осмотр производится и протоколируется очень тщательно. Нужно стремиться к тому, чтобы зафиксировать мельчайшие детали, которые могут оказаться важными и существенными в ходе дальнейшего следствия.

Приступая к осмотру трупа, необходимо соблюдать известную последовательность. Прежде всего следует выяснить, трогал ли кто-либо труп, изменилось или нет его первоначальное положение. Если положение трупа было изменено до прибытия следователя и врача, то это обстоятельство непременно отмечается в протоколе осмотра. Одновременно выясняется, каково было первоначальное положение трупа. Примерный порядок осмотра трупа и протоколирования обнаруженного следующий: расположение трупа по отношению к ближайшим окружающим предметам, поза трупа, расположение его членов, осмотр одежды, головного убора, обуви, осмотр самого трупа.

Расположение трупа. Имеется в виду расположение трупа по отношению к ближайшим окружающим предметам, уже описанным в протоколе осмотра.

Поза трупа фиксируется подробно. Сначала указывается положение трупа (на спине, на боку, лицом вниз и т. п.), затем — расположение отдельных членов (правая рука вытянута вдоль туловища, левая согнута в локте и кистью лежит на животе и т. д.).

Осмотр одежды. Осмотр начинается с фиксации того состояния одежды, в котором она обнаружена на трупе: в порядке или беспорядке, застегнута, разорвана, испачкана и т. д. Обращают особое внимание на посторонние частицы и предметы на одежде и в ней самой. Затем одежда последовательно снимается с трупа и каждая ее часть осматривается отдельно. При раздевании трупа нужно особенно помнить о том, что между слоями одежды и в самой одежде могут находиться чрезвычайно важные вещественные доказательства. Например, при огнестрельных повреждениях нередко пуля, пройдя через тело, застревает между слоями одежды. Если неосторожно снимать одежду, то пулю можно потерять. Одежду с трупа следует всегда и обязательно снимать на месте осмотра трупа, не удовлетворяясь расстегиванием или заворачиванием ее.

Иногда условия не позволяют раздеть труп, например, на улице, в учреждении или замерзший труп зимою на открытом

месте. В таких случаях его следует перевезти в подходящее для осмотра место, где можно раздеть. При этом необходимо предпринять меры к тому, чтобы исключить возможность утери каких-либо предметов, которые могут находиться в одежде или под одеждой трупа, в частности завернуть труп в брезент. При таком осмотре, без снятия одежды с трупа, под одеждой могут оставаться незамеченными серьезные повреждения или индивидуальные особенности (рубцы, татуировки), важные для опознания трупа.

Осмотр трупа производится только после полного его раздевания. Порядок осмотра следующий: вначале отмечают общие данные — пол, возраст на вид, рост в сантиметрах, телосложение, питание, общий цвет кожных покровов, трупные явления — температура трупа наощупь и при помощи термометра, трупные пятна, окоченение, гнилостные явления. Далее осматриваются естественные отверстия — уши, нос, рот, задний проход, наружные половые органы — особенно тщательно у женщин. При осмотре естественных отверстий указывается, свободны они или в них обнаруживается кровь, гной, слизь, инородные предметы и т. п. Затем переходят к осмотру повреждений, если они имеются. При этом обращают особое внимание на волосистую часть головы, руками ощупывая ее, и скрытые участки тела: подмышечные впадины, ягодичные складки, промежность, под грудными железами, так как в таких местах могут скрываться повреждения. Если повреждений нет, то все указанное отмечается в протоколе. Этим и заканчивается осмотр трупов лиц известных. Если личность трупа не установлена, то к осмотру должны быть добавлены описания примет, индивидуальных особенностей, то есть все то, что требуется отметить при установлении тождества личности. У неопознанных трупов особенно подробно описывается одежда, которую необходимо в дальнейшем сохранить.

Не всегда имеется возможность привлечь эксперта и даже врача к осмотру трупа. Поэтому следователь обязан уметь сам произвести осмотр трупа и все обнаруженное правильно зафиксировать в протоколе осмотра. После осмотра труп направляется для судебно-медицинского вскрытия, и это лежит на обязанности следователя. Последний должен принять меры и проследить, чтобы на трупе не возникли случайные повреждения от неосторожного обращения с ним, и направить вместе с трупом сопроводительное отношение, постановление о назначении экспертизы с указанием вопросов к судебно-медицинскому эксперту и копию протокола осмотра места происшествия.

Не следует требовать на месте происшествия от эксперта заключения о причине смерти, что может быть установлено

только после полного вскрытия трупа. При осмотре трупа может быть разрешен ряд вопросов, в частности, вопросы о времени наступления смерти, характере и происхождении повреждений, возрасте покойного и т. д. Однако детальное обсуждение всех вопросов экспертом следует отложить до вскрытия трупа. Это должно быть твердо усвоено следственными работниками.

Примеры:

ПРОТОКОЛ ОСМОТРА МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ

26 июля 1959 г. следователь прокуратуры Н-ской области юрист 2-го класса Айсаутов К. Н. в соответствии со ст.ст. 78 и 192 УПК РСФСР составил данный протокол о нижеследующем:

Прибыв на место обнаружения трупа неизвестного мужчины с резаными ранами спины, следователь Айсаутов в присутствии понятых: 1) Иванова Петра Семеновича, проживающего по адресу: пос. К. ул. Мира, д. 25, кв. 2, и 2) Деревщиковой Акулины Спиридоновны, проживающей по ул. Дмитрива, д. 53, кв. 42, с участием судебно-медицинского эксперта Н-ского района — врача Костуковского Даниила Степановича, произвел в порядке ст.ст. 189—190 и 192—194 УПК РСФСР осмотр трупа и места происшествия.

Осмотром установлено: место, где находится труп, прилегает к автострате, соединяющей г. М. и пос. К. (с правой ее стороны, если направляться в г. К), и представляет собой ровный участок с песчаной почвой, поросший молодым сосновым лесом. В 27 м от дороги, в небольшом углублении почвы, лежит труп молодого мужчины. На нем одеты: шелковая рубашка голубого цвета, брюки из тонкой шерстяной материи серого цвета (причем карманы вывернуты подкладкой наружу), синего цвета трусы, шелковые серые в синюю клетку носки и светло-коричневые полуботинки. Спинка рубашки окровавлена.

Общий вид места обнаружения трупа и сам труп были сфотографированы фотоаппаратом «Зенит» на цветную фотопленку, после чего продолжался осмотр. Труп лежит лицом вниз, ногами к автострате, правая рука полусогнута и находится под трупом, кисть руки сжата, в ней находится пуговица светло-коричневого цвета, диаметром 2 см, пришитая шелковыми нитками коричневого цвета к куску шерстяной ткани, размерами 1,5×7,5 см, с разволокненными краями. Ткань также коричневого цвета. Левая рука вытянута вдоль туловища. Ноги вытянуты. В волосах трупа песчаная почва. Под трупом и справа от него почва пропитана кровью. В 1,5 м от головы трупа в кустике травы обнаружена женская головная гребенка светло-коричневого цвета с золотой каемкой. В 1 м слева от трупа обнаружена вдавленная в почву коробка папирос «Казбек», в коробке находятся 3 папиросы. Здесь же лежат 3 окурка от папирос (один из них со следами губной помады); 2 — марки «Казбек», а третий — «Беломорканал». Папироса марки «Беломорканал» выкурена на 1/3 часть, две другие целиком. В 2,3 м от ног трупа обнаружены обрывок газеты «Известия», размером 21×12 см, представляющий правый угол 4-й страницы с датой 25 июля 1959 г., и трамвайный билет г. М. серии Б-863 № 739674. В карманах брюк трупа каких-либо документов или других предметов не оказалось.

На спинке рубашки слева в 11 см ниже шва ворота и 8 см правее шва левого рукава имеется линейное повреждение длиной 5 см с ровными краями. В 3 см правее и 3,5 см ниже его имеется второе такое же повреждение длиной 6,5 см. Вся спинка рубашки и левая боковая часть ее пропитаны подсохшей кровью.

Труп мужчины в возрасте около 20 лет выше среднего роста, при нормальном телосложении, хорошего питания. Кожные покровы бледные. Трупные пятна слабо выражены, светло-багрового цвета, расположены на передней поверхности тела. При надавливании пальцами следы окоченения хорошо выражены во всех группах мышц. Глаза закрыты. Соединительные оболочки глаз бледные. Лицо бледное, с багрово-красной окраской. При смещении трупа из отверстий рта и носа выделяется жидкая кровь. Отверстия ушей свободны. Зубы все целы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. На спине, в области нижнего угла лопатки, имеется рана веретенообразной формы, размерами $5 \times 0,7$ см, с ровными краями и острыми углами. В 1,5 см ниже и 2 см правее имеется вторая рана, размерами $5,5 \times 0,8$ см. При перемещении трупа из ран выделяется жидкая кровь. Других повреждений на голове, лице, руках, теле и конечностях трупа при тщательном осмотре его обнаружено не было. Труп был обнаружен в конце осмотра жителем поселка К. — гр.-ном Лебедевым Александром Васильевичем, проживающим по адресу: ул. Дмитрива, д. 13, кв. 21, и оказался гр.-ном Олейниковым Петром Макаровичем, проживающим в том же доме, кв. 18. Труп направлен в морг г. М. для судебно-медицинского исследования.

Изъяты и приобщаются к делу женская гребенка, коробка папирос «Казбек», 3 окурка папирос, трамвайный билет и клочок ткани, с пуговицей. Осмотр продолжался с 10 час. до 11 час. 40 мин.

Протокол нами прочитан. Записано правильно
Судебно-медицинский эксперт (КОСТУКОВСКИЙ)

Понятые: (ИВАНОВ, ДЕРЕВЩИКОВА)

Следователь (АЙСАУТОВ)

ПРОТОКОЛ ОСМОТРА ТРУПА НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ

22 октября 1959 г. в 12 часов дня следователь прокуратуры г. С. юрист 3-го класса Петров В. И. с соблюдением ст.ст. 78, 189—194 УПК РСФСР в присутствии понятых: гр-ки Коробковой И. А., проживающей по Пушкинской ул., д. 18., кв. 3, и гр-на Васильева А. В., проживающего там же, кв. 12, с участием судебно-медицинского эксперта Масловой С. А. произвел осмотр трупа Браздовского Игоря Андреевича, обнаруженного в ванной комнате своей квартиры № 14, д. 18 по Пушкинской улице.

Осмотром установлено: труп гр-на Браздовского находится в коридоре кв. 14 таким образом, что стопы ног его находятся на пороге ванной комнаты. Труп лежит на спине, голова лицом повернута влево. Правая рука вытянута, левая согнута в локтевом суставе, кисть ее сжата в кулак и лежит на животе. На трупе — новое нижнее трикотажное белье голубого цвета, шелковые носки светло-коричневого цвета в темно-коричневую клетку. Температура трупа при измерении в прямой кишке 20° . Трупные пятна расположены на задней поверхности трупа в виде разлитых багровых пятен. При надавливании окраска их исчезает, а затем появляются синюшные пятна. При надавливании окраска их исчезает, а затем появляется вновь. Лицо, шея, кисти и частично предплечья рук синюшные. Трупное окоченение хорошо выражено в жевательных мышцах, в остальных группах мышц отсутствует. Глаза закрыты веками, роговицы блестящие. Зрачки равномерно расширены. Сосуды слизистых оболочек все расширены. Отверстия носа и ушей свободны. Рот закрыт, язык за неповрежденными зубами. На шее имеется незамкнутая странгуляционная борозда, восходящая сзади на уровне верхнего края щитовидного хряща, на левой половине, реди на уровне верхнего края щитовидного хряща, на правой половине, борозда имеется только в виде участка длиной 5 см спереди и на 1 см

ниже угла нижней челюсти. На задней поверхности шеи стреловидная борозда проходит в горизонтальном направлении, на 3 см ниже бугра. Борозда всюду шириной 2 см, мягкая, багрово-красная. Других повреждений на трупе не обнаружено. Рядом с трупом лежит кожаный ремень шириной 2 см и толщиной 3 мм (по заявлению Браздовского, в петле из этого ремня висел Браздовский при его жении). Внутренний запор двери в ванную комнату сорван (2 винта крепления).

Общий вид трупа и отдельно его голова с шеей были сфотографированы.

Протокол нами прочитан. Записано правильно.

Понятые: (КОРОБКОВА, ВАСИЛЬЕВ)

Судебномедицинский эксперт (МАСЛОВА)

Следователь (ПЕТРОВ)

§ 97. Вскрытие трупа

Судебномедицинское вскрытие трупа в противоположность осмотру трупа на месте происшествия всецело лежит, как и любое экспертное действие, на ответственности вскрывавшего эксперта, являющегося при вскрытии главным действующим лицом. Вскрытие трупа сопровождается обязательным соблюдением необходимых правил. Вскрытие производится по предложению соответствующих органов (постановлению следователя о назначении экспертизы). При вскрытии должны присутствовать представитель этих органов и двое понятых. Следователь и понятые по ходу вскрытия могут задавать вопросы, требовать объяснений. Подписывая протокольную часть акта, они подтверждают этим самым действия эксперта.

Судебномедицинское вскрытие трупа производится лишь в определенных случаях, а именно:

во всех случаях насильственной смерти (убийств, самоубийств, при несчастных случаях);

при подозрении на насильственную смерть;

при внезапной скоропостижной смерти;

при неизвестной причине смерти;

при смерти в лечебных учреждениях в первые сутки, если диагноз заболеваний не установлен;

при заявлении о неправильном лечении или о неправильном оперативном вмешательстве.

Во всех перечисленных случаях трупы подлежат судебно-медицинскому вскрытию.

Доставка трупов к месту вскрытия лежит на обязанности тех органов, которые потребовали вскрытия. Нужно иметь в виду, что качество вскрытия во многом зависит от условий, в которых оно производится. Все же нередко на практике приходится проводить вскрытия в неподходящих условиях — на открытом воз-

духе, в избе и т. п. Но и в этих случаях эксперт должен устраниваться с максимальными удобствами, иметь свободный доступ к трупу и возможность произвести тщательный осмотр и детальное исследование. Следователь должен оказать всемерное содействие эксперту в обеспечении его технической помощью, водой и т. п.

В городах, особенно крупных, при больницах или госпиталях всегда имеются оборудованные помещения: морги, прозектуры для вскрытия и хранения трупов до их погребения. При происшествиях вблизи такого города целесообразнее доставлять трупы в определенное лечебное учреждение, где и проводить вскрытие. Во всяком случае необходимое содействие работе эксперта следователь оказывает через органы здравоохранения, если в этом имеется необходимость.

Порядок вскрытия регламентируется Правилами судебно-медицинского исследования трупов, утвержденными НКЗ и НКЮ СССР в 1929 году. До начала вскрытия эксперт должен ознакомиться со всеми материалами, относящимися к данному происшествию и трупу: сопроводительным отношением, протоколом осмотра трупа, медицинскими документами и пр., и только после этого приступать к вскрытию. Чем полнее и подробнее будут представленные материалы, тем больших результатов можно ожидать от вскрытия. Эксперт должен установить правило: не производить вскрытия, не ознакомившись с материалами, откладывать его, если материалы не доставлены, делая исключение только в случаях, когда вскрытие трупа отложить нельзя. В последнем случае, как и обычно, вскрытие протоколируется на месте, а заключение откладывается до получения материалов дела. Исследование трупа состоит из наружного и внутреннего осмотров.

Наружный осмотр включает осмотр одежды, если этого не было сделано на месте происшествия, и осмотр самого трупа. При этом соблюдаются тот же порядок и последовательность, что и при осмотре трупа на месте происшествия, с той разницей, что здесь допускается производить необходимые разрезы кожи и глубжележащих тканей, чего нельзя делать на месте происшествия.

Внутренний осмотр заключается в обязательном вскрытии полостей черепа, грудной и брюшной полостей с последующим извлечением всех внутренних органов, осмотром их и вскрытием. При указаниях на повреждение и заболевание спинного мозга вскрывается полость позвоночника, извлекается и осматривается спинной мозг. Когда таких указаний нет, то рекомендуется проводить глубокий разрез мягких тканей вдоль позвоночника от затылочной кости до крестца, чтобы осмотреть глубокие мышцы спины, где могут скрываться кровоизлияния.

Нельзя допускать, чтобы оставалась не вскрытой какая-либо из трех полостей — череп, грудь или живот, хотя бы по признакам смерти и казалась ясной. Такое вскрытие считается неполным. Неполные вскрытия почти всегда приходится дополнять и другими. Следовательно всегда должен требовать от эксперта только полного вскрытия. Вскрытие начинается обычно, но не обязательно, с полости черепа. Через свод черепа делается разрез мягких тканей, которые затем отделяются от костей черепа в виде лоскутов. Круговым распилом отделяется крышка черепа и снимается. Открытый таким образом мозг с его оболочками сначала осматривается на месте, затем извлекается, вновь осматривается и при последующем вскрытии осматривается на разрезах. После извлечения мозга тщательно осматривается и внутренняя поверхность черепа.

Полости груди и живота вскрывают разрезом от подбородка до лобка по средней линии с извлечением грудины. После осмотра внутренних органов на месте все органы шеи, груди и живота извлекаются и полости особо осматриваются. При осмотре полостей отмечают расположение внутренних органов, содержимое полостей. Все извлеченные органы ощупываются с поверхности и на разрезах. Некоторые органы (сердце, печень, селезенку, почки, матку) измеряют. При вскрытии каждого органа отмечают его внешний вид и изменения, повреждения, плотность, вид на разрезе, содержимое полостных органов (желудка, кишечника и др.). Обращают специальное внимание на посторонние запахи от полостей и органов трупа. Все обнаруженное подробно описывается в акте вскрытия.

Повторное вскрытие, или перевскрытие, трупа приходится проводить в случаях, когда первое вскрытие имело дефекты или было, например, произведено недостаточно квалифицированным специалистом, или же после вскрытия выяснились дополнительные обстоятельства, требующие повторного вскрытия. Необходимо поручать перевскрытие другому эксперту, которое проводится обязательно, если только это возможно, в присутствии эксперта, производившего первое вскрытие. Порядок перевскрытия такой же, как и первичного вскрытия. Вскрываются обязательно все три полости. Извлекаются, осматриваются и описываются все внутренние органы и содержимое полостей.

§ 98. Составление акта исследования трупа

При вскрытии и перевскрытии трупа составляется акт судебно-медицинского исследования трупа.

Акт состоит из следующих частей: введения, описательной части и заключения. Введение и описательная часть составляют протокол, а вместе с заключением — акт. Во введении указываются дата, основание, по которому производилось вскрытие,

звание, должность, фамилия, имя и отчество эксперта, все сведения об умершем и его возраст, часы и место вскрытия, присутствующие при вскрытии. Отдельным абзацем под заголовком «Предварительные сведения» вносятся из материалов дела краткие сведения, относящиеся к обстоятельствам смерти. Описательная часть состоит из наружного и внутреннего осмотров. В этих разделах акта подробно и последовательно описывается все то, что было обнаружено сначала при наружном, затем при внутреннем осмотре.

Протокольную часть акта подписывает не только эксперт, но и присутствующие при вскрытии.

Акт заканчивается заключением или мнением эксперта. В этой части акта эксперт делает научно обоснованные выводы о причине смерти из тех данных, которые он получил при исследовании трупа и материалов дела. Кроме того, здесь же содержатся обычно и ответы на вопросы, интересующие следствие. К составлению акта предъявляются известные требования, которые необходимо строго соблюдать.

Протокольная часть акта вскрытия составляется обязательно на месте либо во время вскрытия под диктовку эксперта, либо тут же после вскрытия. Нельзя откладывать составление протокола хотя бы на несколько часов по той простой причине, что некоторые детали могут ускользнуть из памяти, сгладиться и не будут внесены в протокол.

Акт должен быть написан четко, простым и понятным языком. Следует избегать иностранных терминов, приводить их, если это необходимо, с последующим разъяснением. Не полагается в протокольной части приводить уже готовые диагнозы и определения, а только описывать обнаруженные изменения. Выводы следует делать только в заключении. Все поправки, дописки в акте оговариваются, свободные места, пропуски подчеркиваются. Заключение может быть дано на месте после вскрытия трупа. Однако эксперт имеет право задержать заключение на три дня, а в исключительных случаях, при необходимости дополнительных исследований, консультаций, сложности разрешения поставленных вопросов, возбуждается ходатайство о продлении срока для представления заключения. Результаты дополнительных исследований, указания об изъятых предметах, частях одежды, внутренних органах трупа вносятся в протокольную часть акта.

§ 99. Эксгумация

Иногда приходится производить исследование погребенного трупа. При этом совершаются два самостоятельных действия: а) вырытие трупа из земли (эксгумация) и б) исследование трупа.

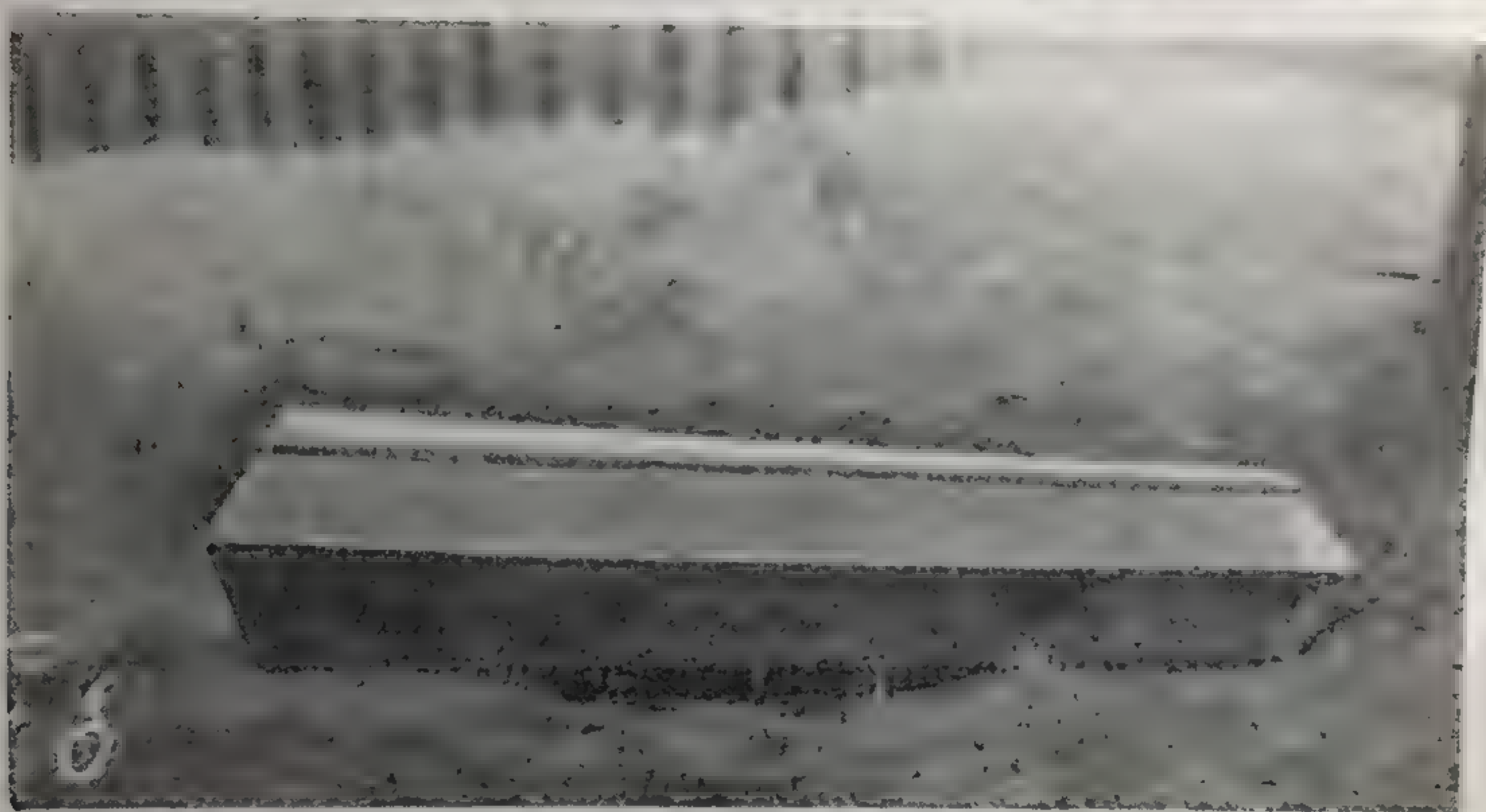


Рис. 136. Эксгумация:

а) общий вид могилы; б) извлеченный гроб; в) вскрытый гроб

Эксгумация производится для первичного или повторного вскрытия в тех случаях, когда после погребения выяснились новые обстоятельства дела или дефекты и недостаточность первичного вскрытия. Эксгумация производится в различные сроки после погребения — от нескольких дней до многих месяцев. Давность захоронения не должна служить препятствием для эксгумации. Эксгумацию следует производить в любой срок после погребения, если этого требуют обстоятельства дела. Даже при далеко зашедших процессах разрушения трупа могут быть добыты чрезвычайно ценные для следствия данные при смерти от повреждений, в частности огнестрельных, при отравлениях некоторыми ядами, не разрушающимися при гниении трупа, и в других случаях. Эксгумация производится по постановлению следственных органов, представители которых руководят эксгумацией, обеспечивают необходимой технической помощью, составляют протокол эксгумации.



Рис. 137. Вид трупа, эксгумированного через 2 $\frac{1}{2}$ месяца после погребения

Прежде всего необходимо установить место погребения трупа, подлежащего эксгумации. В крупных городах на благоустроенных кладбищах найти место погребения сравнительно просто, так как места захоронений регистрируются в кладбищенских конторах. При захоронении в общих могилах найти труп труднее. Приходится вскрывать гробы подряд и устанавливать тождество подлежащего эксгумации трупа. В тех местностях, где нет регистрации захоронений, к установлению места захоронения привлекаются лица, присутствующие при погребении: родственники умершего, кладбищенские сторожа, служители культа и др. К эксгумации следователь привлекает судебно-медицинского эксперта и понятых. Все обнаруженное при эксгумации фиксируется в составляемом следователем протоколе. После вводной части в протоколе описываются место погребения и опознавательные признаки — памятники, кресты, надписи и т. д. Далее отмечают глубину захоронения, характер почвы, внешний вид гроба и его содержимое. Удостоверяются в тождестве трупа, описывают одежду и труп, если только он не резко разрушен гнилостными процессами. В последнем

случае труп не вынимают из гроба, а направляют в гробу вскрытия. Осмотр и описание трупа ведут в обычном порядке. Протокол подписывают все присутствующие. При отсчете эксперта эксгумация проводится следователем.

Дальнейшие действия лица, производящего эксгумацию, заключаются в том, что им принимаются меры к бережной транспортировке трупа к месту вскрытия. Иногда обстановка заставляет производить вскрытие на месте его эксгумации. При подозрении на отравление берутся пробы земли над и под гробом в количестве 500 г в отдельные чистые стеклянные банки.

Никакие изменения трупа не могут служить основанием для отказа от его полного, подробного исследования. Чем резче выражены, например, гнилостные изменения, тем тщательнее должно быть произведено исследование трупа. Поэтому следователь всегда вправе требовать полного вскрытия трупа. В некоторых случаях вскрытие имеет свои особенности. Их необходимо знать для правильной ориентировки при исследовании трупа и постановки вопросов экспертизе (рис. 136 а, б, в, 137).

§ 100. Исследование измененных трупов

Исследование гнилостно-измененных трупов. Чаще всего резкие изменения трупов бывают вызваны гниением. Гнилые трупы производят отталкивающее впечатление внешним видом и резким запахом, что нередко служит поводом к поверхностному исследованию трупа как на месте происшествия, так и при вскрытии. Следователь такой труп часто осматривает издали, дотрагиваясь до него не руками, а каким-нибудь предметом. По этой же причине не производится и вскрытие, вследствие чего остаются неясными важные детали. На самом деле резко загнившие трупы должны исследоваться самым тщательным образом на месте обнаружения и при вскрытии.

Исследование замерзших трупов. Нельзя требовать от эксперта, чтобы он производил вскрытие замерзшего трупа. Предварительно труп необходимо оттаять. Оттаивание можно проводить только при обычной комнатной температуре, на что иногда требуется несколько дней. Ускорять оттаивание трупа горячей водой, около жарко натопленной печи или просто в жарко натопленном помещении нельзя. Быстрое искусственное оттаивание трупа ведет к значительным изменениям органов и тканей.

Исследование расчлененных трупов. Для сокрытия следов преступления иногда труп разделяют на части, которые затем прячут и разбрасывают в различных местах или уничтожают (рис. 138 а, б, 139). Части трупов зарывают в землю, выбрасывают в водоемы, упаковывают и рассылают багажом, сжигают. Части трупов обнаруживаются обычно одновременно в различ-

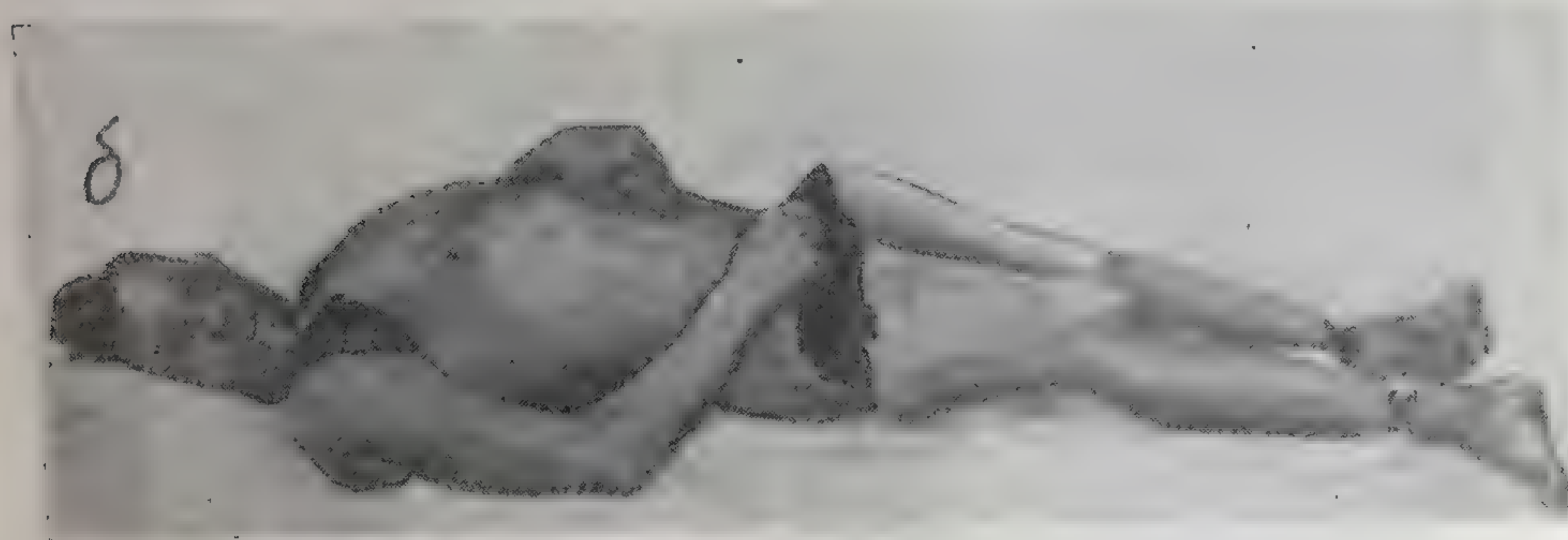


Рис. 138. а) Расчлененный труп, завернутый в рогожу и брезентовый плащ
б) Общий вид расчлененного трупа



Рис. 139. Части скелета, по которым были установлены пол, рост и возраст трупа и идентифицирована личность

ных местах. Отдельные части трупов исследуются самым тщательным образом. При исследовании устанавливают, какая часть тела обнаружена, измеряют, осматривают и сопоставляют для определения оружия, которым разделялись ткани. Устанавливают давность наступления смерти, принадлежность отдельных частей одному трупу, определяя при этом групповую принадлежность крови в отдельных частях, пол, возраст, рост, особые приметы. Части расчлененных трупов приходится сохранять в моргах под ответственность администрации иногда довольно продолжительное время или на холоде, или консервируя их 10%-ным раствором формалина. Вместе с частями трупа сохраняются и предметы упаковки, одежды. Исследование частей трупа производится с соблюдением установленного порядка и правил. Иногда к исследованию расчлененных трупов приходится привлекать и эксперта-криминалиста.

§ 101. Дополнительные исследования

При исследовании трупа судебномедицинский эксперт очень часто не может ограничиться только вскрытием трупа. Он должен дополнить и углубить вскрытие другими исследованиями, без которых иногда нельзя дать окончательного заключения. Последнее эксперт вынужден откладывать до получения результатов дополнительного исследования. Чаще всего приходится применять следующие дополнительные исследования:

Судебнохимическое исследование внутренних органов или их содержимого производится в случаях отравления или при подозрении на отравление.

Микроскопическое (гистологическое) исследование кусочков внутренних органов для уточнения характера болезненных процессов производится при заболеваниях, скоропостижной смерти, отравлениях.

Бактериологическое исследование (посевы) крови, желчи, кишечного содержимого, внутренних органов производится при пищевых отравлениях, инфекционных заболеваниях, скоропостижной смерти.

Бактериоскопическое исследование мазков из различных жидкостей, тканей, органов трупа. Мазки наносятся на стеклышко, окрашиваются специальными красками и рассматриваются под микроскопом для обнаружения микробов. Например, из отверстия мочеиспускательного канала берутся мазки для бактериоскопического исследования при подозрении на заболевание гонореей.

Спектральное исследование, преимущественно крови, производится при некоторых отравлениях, заболеваниях.

Ботаническое исследование частичек растений из содержимого желудочно-кишечного тракта производится при отравлениях ядовитыми растениями.

Объекты для дополнительного исследования берет вскрывающий врач-эксперт. При этом соблюдаются известные правила и технические приемы. Объекты тщательно упаковываются и направляются в специальные лаборатории с сопроводительными документами.

§ 102. Оpozнание трупа

В тех случаях, когда обнаруживается неизвестный труп, большое значение для хода следствия имеет его опознание. Для опознания трупа существенное значение имеют различные признаки. При этом применяются методы исследования, рассматриваемые в курсе криминалистики (словесный портрет, дактилоскопия).

Для опознания и установления тождества трупа большое значение имеет наличие индивидуальных особенностей у данного субъекта, свойственных только ему. Сюда относятся особой формы родимые пятна, расположенные на определенных участках тела, какие-либо пороки развития, уродства, например лишний палец и т. п. К индивидуальным особенностям относятся также изменения, приобретен-



Рис. 140. Татуировка на коже

ные человеком в течение жизни, например, потеря какой-нибудь части тела (пальца, ноги), рубцы особой формы на определенных частях тела, татуировка (рис. 140), ее рисунок, месторасположение. Поэтому при осмотре трупа такие индивидуальные особенности должны быть тщательно описаны в акте.

Опознание может быть произведено также по зубам, если этому способствуют какие-нибудь своеобразные особенности зубов, определенный характер и форма коронок, протезы, отсутствие большого количества зубов и т. д.

Опознать труп по внешнему виду даже в ближайшее время после наступления смерти иногда бывает очень трудно. Опыт показывает, что часто лица, хорошо знавшие покойного, — его



Рис. 141. Последовательность реставрации трупа

знакомые, близкие, родные — не всегда могут опознать труп, даже не измененный гнилостными процессами и не обезображенный повреждениями, ибо смерть может резко изменять отдельные черты и общее выражение лица. Известны случаи, когда близкие родные не опознавали своих умерших и, наоборот, принимали за своих родственников трупы совершенно посторонних лиц. Большое значение для опознания поэтому имеют одежда, которая легче поддается опознанию, и различные предметы личного пользования, находящиеся при трупе, а также документы. К оценке документов следует подходить осторожно в силу того, что они могут быть умышленно подложены трупу или случайно оказаться при нем. Известны случаи убийства с последующим обезображением трупа и подкладыванием документов для того, чтобы навести следствие на ложный путь.

§ 103. Реставрация трупа

Если труп резко изменен гниением либо обезображен повреждениями, то опознание его становится затруднительным. Поэтому необходимо привести труп в пригодное для опознания состояние. С этой целью гнилостно измененные или поврежденные трупы подвергаются реставрации. Из подкожной клетчатки удаляют газы, в глазные яблоки вспрыскивают раствор глицерина со спиртом, раскрывают веки, подкрашивают губы, причесывают брови, волосы или надевают головной убор, кожу припудривают особой пудрой телесного цвета. Реставрированный труп фотографируют и предъявляют фотографию для опознания. При обширных повреждениях приходится сшивать разрывы кожи, подкладывая на место разрушенных костей вату, и закрывать потом швы театральным гримом. При тщательно проведенной реставрации трупа его можно привести в такой вид, который позволяет его опознать (рис. 141).

М. М. Герасимов предложил объективный метод воспроизведения лица по черепу и разработал методику портретной реконструкции, дающей возможность опознать определенное лицо по маске, воспроизведенной на его черепе.

Применение метода Герасимова для опознания значительно измененных гнилостными процессами или скелетированных трупов неизвестных лиц имеет перспективное значение для следственной практики. Успешное применение этого метода в ряде случаев подтвердило его практическое значение (рис. 142).

Примеры:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПА

2 апреля 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры г. Н. юриста 3-го класса Митина К. С. от 1 апреля 1959 г. в помещении морга областного бюро судебно-медицинской экспертизы в 9 часов при

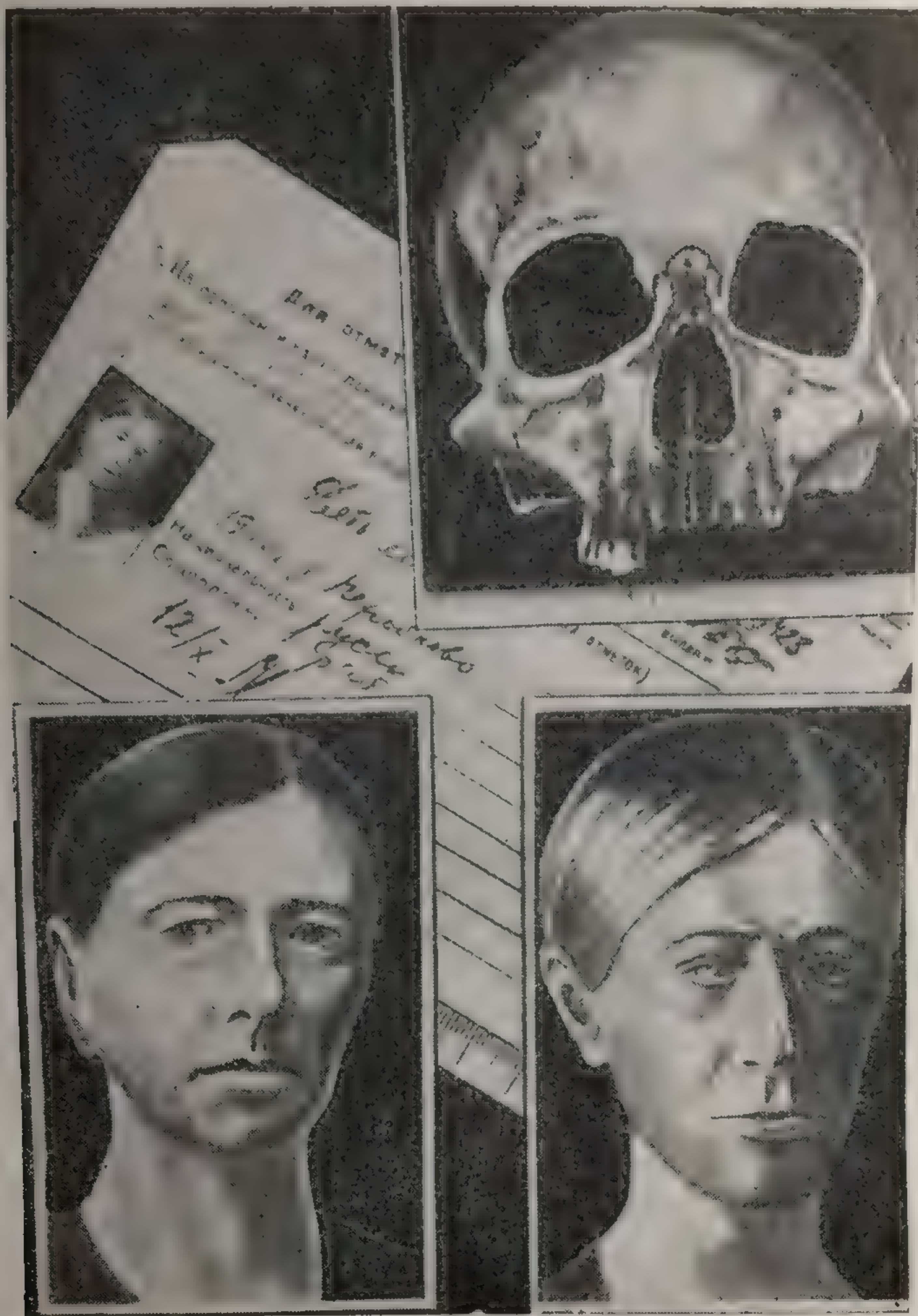


Рис. 142. Снимки по делу об убийстве Марфы М.:
вверху слева — снимок со справки о местожительстве
Марфы М.; вверху справа — череп, присланный в лабо-
раторию пластической реконструкции; внизу слева —
прижизненный фотоснимок Марфы М.; внизу справа —
снимок со скульптурного портрета

ясной погоде и дневном освещении мной, судебномедицинским экспертом Агаповым М. И., было произведено судебномедицинское исследование трупа гр-ки Комковой Зинаиды Сергеевны, 22 лет, в присутствии следователя Митина и понятых: 1) Казанова В. П., проживающего по Донской ул. д. 4, кв. 4, и 2) Васильева К. И., проживающего по Трехгорному пер., д. 1, кв. 5.

Предварительные сведения

Из протокола, составленного при осмотре трупа Комковой З. С. 1 апреля 1959 г., известно, что она в тот же день при запуске мотора автомашины рукояткой была придавлена автомашиной. В машине скорой помощи по дороге в лечебное учреждение Комкова скончалась.

Наружный осмотр: труп доставлен одетым в ватную телогрейку черного цвета, платок красный, хлопчатобумажный, джемпер пестрый, полушерстяной, сарафан пестрый, хлопчатобумажный, рубашку и трико трикотажные голубого цвета, сапоги резиновые черные, чулки с носками и бюстгалтер. После снятия одежды оказалось: труп женщины 22 лет, правильного телосложения, хорошего питания, ростом 154 см. Общий цвет кожных покровов мертвенно-бледный. На задней поверхности трупа разлитые синебагровые трупные пятна, слегка бледнеющие при надавливании. Трупное окоченение выражено резко во всех группах мышц. Волосы на голове русые, длиной до 35 см, заплетены в косы. Кости черепа и лица на ощупь целы. Глаза закрыты веками, соединительные оболочки глаз бледные, роговицы тусклые. Отверстия ушей и носа свободны, чистые. Из отверстия рта выделяется кровь. Покровы лица синебагрового цвета. Слизистая губ синюшна. Язык за неповрежденными зубами. Шея обычной конфигурации. Справа, по ходу грудино-ключично-сосковой мышцы, на коже обширные рубцы, не спаянные с подлежащими тканями. Грудная клетка цилиндрической формы. В области грудины имеется группа небольших слабосиневатого цвета пятен. Грудные железы небольшие, полушаровидной формы. Соски и околососковые поля слабо желтоватой окраски. Из сосков секрет не отжимается. Слизистая половых губ и входа во влагалище синюшна. Девственная плева циркулярной формы с мелкобахромчатым краем, не повреждена. Отверстие ее пропускает концы двух сложенных вместе пальцев. Окружность заднего прохода ничем не испачкана. Кожа ладоней запачкана грязью. Других особенностей и каких-либо повреждений при детальном осмотре трупа не обнаружено.

Внутренний осмотр: мягкие ткани волосистой части головы влажные, блестящие, не повреждены. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка влажная, блестящая, в ее продольной пазухе умеренное количество жидкой крови. Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная, полнокровная. Сосуды основания мозга и Сильвиевой борозды тонки, полупрозрачны, заполнены жидкой кровью. На разрезах вещество мозга влажно, полнокровно, несколько отечно, кровоизлияний и размягчений не обнаружено. Придаточные полости черепа свободны. Мозговой придаток (гипофиз) без особенностей. Мягкие ткани левой половины груди были отпрепарованы в виде кармана, куда была налита вода. Под водой была проколота левая боковая стенка груди в 6-м межреберном промежутке. При этом из левой плевральной полости выделилось большое количество крупных пузырьков воздуха. При перерезании хрящей правых ребер из правой плевральной полости также выделялся воздух. Расположение внутренних органов правильное. В мягких тканях шеи и груди, в окружности правого грудино-ключичного сочленения, обширные кровоизлияния, в окружности которых ткани имеют студенистый вид, отечны. Правая ключица в месте сочленения с грудиной оторвана, связки сочленения разорваны. Легкие спавшиеся, в плевральных полостях лежат свободно. В левой плевральной полости обнаружено около 400 куб. см жидкой крови;

в правой — около 100 куб. см жидкой крови. Ребра справа от I до VI включительно по лопаточной линии имеют переломы с разрывами пристеночной плевры и кровоизлияниями в местах переломов. Ребра слева целы. В сердечной сорочке небольшое количество прозрачной жидкости. Брюшина гладкая, блестящая, сероватой окраски. Петли кишок лежат свободно и умеренно вздуты газами. Дыхательное горло и крупные бронхи в просвете содержат жидкую кровь. Слизистая их бледно-серого цвета. Рожки язычной кости и хрящей гортани целы. Легкие на ощупь слегка пульсировали с поверхности имеют пестрый вид (светлые участки в сочетании с темными красными). Правое легкое по задней поверхности у корня и в нижнем доле имеет разрывы длиной до 7 см с неровными краями. Левое легкое по задней поверхности у корня имеет несколько небольших надрывов с неровными краями. Легкие на разрезе темно-красной окраски. Сердце размером $11 \times 9 \times 4,5$ см. Мышца сердца плотной консистенции, на разрезе красного цвета. В полостях сердца небольшое количество жидкой крови. Стенки сердца и больших сосудов тонкие, прозрачные. Сухожильные и сосочковые мышцы без особенностей. Толщина мышцы правого желудочка 0,4 см, левого — 1 см. Венечные сосуды сердца проходимы, просвет их не сужен. Внутренняя поверхность грудной и брюшной аорты гладкая, блестящая. Язык с поверхности обильно испачкан кровью, покровы языка серовато-синюшного цвета. Пищевод пуст, слизистая его бледно-серого цвета. В полости желудка до 0,5 л жидкой пищевой кашицы темно-бурого цвета. Слизистая желудка розовато-серого цвета, складки ее хорошо выражены. В тонком кишечнике желтого цвета жидкие пищевые массы и две аскариды, длиной до 15 см каждая. Слизистая его бледно-серой окраски, складки хорошо выражены. В толстом кишечнике полусформированные каловые массы светло-коричневого цвета, слизистая его серой окраски. Поджелудочная железа дольчатого строения, без особенностей. Печень с поверхности гладкая, размером $23 \times 17 \times 13 \times 6$ см. На разрезе ткань ее светло-коричневой окраски, полнокровна. В желчном пузыре до 10 куб. см жидкой желчи, слизистая пузыря бархатиста. Желчные пути проходимы, свободны. Почки размером $12 \times 6 \times 3$ см каждая, капсула отделяется легко, без потери вещества почки, поверхность почек гладкая. На разрезе ткань почек темно-красного цвета, рисунок различим. Мочеточники свободны, проходимы. В мочевом пузыре до 100 мл прозрачной мочи. Матка размером $8 \times 5 \times 3,5$ см плотная, слизистая матки рыхлая, кровянистая. Яичники темно-серой, пестрой окраски, на разрезе имеют мелкие кисты. Селезенка размером $12 \times 8 \times 3$ см. На разрезе ткань селезенки темно-красной окраски, соскоба с поверхности разреза не получается. Зобная железа в состоянии неполной атрофии. Щитовидная железа и надпочечники без особенностей. Кости таза и конечностей целы. Позвоночник не вскрывался из-за отсутствия указаний на его повреждение. При вскрытии трупа запаха алкоголя не ощущалось. Для гистологического исследования из трупа изъяты кусочки: мягких тканей груди, зобной железы, гипофиза, сердца, легких, печени, матки.

Судебномедицинский эксперт (АГАПОВ)

Поняты: (КАЗАНОВ, ВАСИЛЬЕВ)

Следователь (МИТИН)

Патологоанатомический диагноз: закрытые переломы I—VI ребер справа, отрыв правой ключицы от грудины. Разрывы и надрывы тканей левого и правого легких. Двусторонний гемопневмоторакс (400 куб. см крови слева и 100 куб. см крови справа) с ателектазом обоих легких. Кровоизлияния в мягкие ткани шеи. Умеренный отек мозга и его оболочек. Кистозное перерождение яичника. Полнокровие внутренних органов. Аскаридоз.

З а к л ю ч е н и е

На основании судебномедицинского исследования трупа гр-ки Комковой Зинаиды Сергеевны, 22 лет, прихожу к заключению, что смерть ее последовала от шока в связи с полученными ею повреждениями. Эти повреждения по своей совокупности опасны для жизни и поэтому относятся к ряду тяжких. Они могли быть получены от сдавления груди тупым тяжелым предметом.

Судебномедицинский эксперт (АГАПОВ)

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПА

14 января 1959 г. на основании постановления следователя Иской прокуратуры г. М. юриста 3-го класса Скороходова П. М. от 13 января 1959 г. в прозектуре городской больницы в 10 часов при пасмурной погоде мной, судебномедицинским экспертом Киселевым М. П., было произведено судебномедицинское исследование трупа гр-ки Сибиряковой Полины Карповны, 37 лет, в присутствии понятых: 1) Котлова М. М., проживающего по Литейной ул., д. 37, кв. 11, и 2) Разумова Н. К., проживающего по Тихой ул., д. 7, кв. 1, и следователя Скороходова.

Предварительные сведения

Из копии истории болезни № 516 известно, что Сибирякова Полина Петровна была доставлена в городскую больницу 11 января 1959 г. в 21 час 45 мин. в бессознательном состоянии. Пульс 60 ударов в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения, кровяное давление $140/80$. Тоны сердца приглушены, систолический шум у верхушки. Живот мягкий, при осмотре не реагирует. Временами у больной отмечается судорожное сведение конечностей, выделение пены изо рта, непроизвольное мочеотделение. В легких сухие хрипы. Из анамнеза известно, что больная периодически жаловалась на головную боль, подобное же состояние у нее было в июне 1958 года. В 2 часа 12 января 1959 г. в легких появились влажные хрипы, температура $39,5^{\circ}$. Получала: пенициллин, камфору, кровопускание. Состояние не улучшилось, и больная при явлениях нарастающей сердечной слабости, не приходя в сознание, умерла в 7 час. 10 мин. 12 января 1959 г. Клинический диагноз: эпилептический статус, опухоль мозга? Аспирационная пневмония, начинающийся отек легких.

Н а р у ж н ы й о с м о т р: труп женщины 37 лет, ростом 158 см, правильного телосложения, хорошего питания. Общий цвет кожных покровов бледный. Покровы лица синюшные. На задней поверхности трупа разлитые, синевато-багровые, хорошо выраженные трупные пятна. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц. Глаза закрыты веками, роговицы мутные. Из соединительные оболочки глаз синюшные. Отверстия ушей свободные. Из отверстий носа и рта выделяется кровянистая пенная жидкость. В верхней части слева на 2—5 зубах коронки белого металла; 4, 6, 8 зубы верхней челюсти справа отсутствуют вследствие давнего их выпадения. В нижней челюсти слева отсутствуют вследствие давнего выпадения 4 и 8 зубы. Справа на 4—6 зубах коронки белого металла, 7 зуб разрушен кариозным процессом, 8 зуб отсутствует вследствие давнего выпадения. Из грудных желез выдавливается беловатая молочная жидкость в виде отдельных капелек. Слизистая наружных половых органов и входа во влагалище синюшна. От девственной плевы сохранились отдельные сосочки. Окружность

заднего прохода чиста. В левом локтевом сгибе имеется точечная ранка с небольшим подкожным кровоизлиянием. На наружной поверхности плеча в средней трети 3 таких же точечных ранки и несколько таких же точечных ранок на передней поверхности средней трети правого бедра. Других повреждений и каких-либо особенностей при детальном осмотре трупа не обнаружено.

Внутренний осмотр: вскрытие трупа было начато с пробы на воздушную эмболию. От уровня 2-го ребра по средней линии грудной клетки произведен разрез до пупка и отпрепарованы мягкие ткани на груди. Ребра начиная со 2-го перерезаны с обеих сторон, грудина отпрепарована, клетчатки переднего средостения и переломлена на уровне 2-го ребра. Сердечная сорочка приподнята пинцетами, вскрыта и в нее налита вода. Передняя стенка правого желудочка проколота под водой ножом, при этом из полости правого желудочка выделилась кровь. Мягкие покровы груди, живота не повреждены. Рожки подъязычной кости и щитовидного хряща целы. Плевральные полости свободны. В сердечной сорочке ничего постороннего не обнаружено. Брюшина гладкая, блестящая. Расположение внутренних органов правильное. Слизистые полости рта, зева, глотки синюшны. Слизистая пищевода в верхнем отделе синюшна, в нижнем — местами отслаивается вследствие трупного переваривания. Слизистая гортани, трахей и крупных бронхов темно-красного цвета от трупного пропитывания. Легкие пушисты, на разрезе темно-красного цвета, с поверхности разрезов выдавливается небольшое количество пенистой, кровянистой жидкости. В задних отделах легких имеются отдельные участки, плотные на ощупь, темно-красного цвета, выступающие над поверхностью разрезов. Сердце размерами $9,5 \times 10 \times 5$ см, несколько дрябловато, в полостях его жидкая кровь и отдельные красные свертки. Мышца сердца на разрезе тусклая, светло-коричневатого цвета, клапаны тонкие и прозрачные, толщина стенки левого желудочка 1,2 см, правого — 0,5 см. Внутренняя поверхность аорты и венечных сосудов блестящая, гладкая. В желудке около стакана буроватой жидкости. Слизистая его грязно-красноватого цвета с буроватыми полосами от трупного пропитывания. В толстых и тонких кишках обычное содержимое. Слизистая их бледно-красноватого цвета. Печень размерами $24 \times 22 \times 15,5 \times 6$ см, плотновата, на разрезах красновато-коричневатого цвета. В желчном пузыре темно-зеленая желчь. Желчные пути проходимы. Поджелудочная железа темно-красноватого цвета от трупного пропитывания. Селезенка размерами $19 \times 11,5 \times 3$ см, плотновата, на разрезе темно-красного цвета, с поверхности разреза соскабливается только кровь. Почки размерами $10,5 \times 5 \times 3,5$ см, на разрезе с ясным рисунком темно-красного цвета. Поверхность почек гладкая, капсула снимается легко. Мочевой пузырь растянут прозрачной мочой, слизистая его бледная. Матка размерами $10,5 \times 6 \times 3$ см, в полости ее кровянистая слизь, слизистая красноватого цвета, бархатистая. Слизистая влагалища синюшна. В обоих яичках мелкие кисты. Фаллопиевы трубы на разрезах содержат беловатую слизь. Щитовидная железа, придаток мозга, надпочечники — обычного строения. Мягкие покровы черепа влажные, умеренные полнокровны, не повреждены. Кости свода и основания черепа целы. Придаточные полости свободны. Твердая мозговая оболочка напряжена, умеренно полнокровна, в пазухах ее жидкая темная кровь. Мягкая мозговая оболочка среднего кровенаполнения. Извилины мозга резко уплощены, оглажены. Вещество мозга на разрезах блестяще, среднего кровенаполнения. В боковых желудочках несколько капель прозрачной жидкости. В нижней половине обоих лобных долей располагается узел из розоватосероватого цвета ткани, плотноватой консистенции, нечетко отграниченной от окружающих тканей. В правой лобной доле обширное кровоизлияние с разрушением ткани мозга. В окружающей этот узел ткани мозга встречаются участки лимонно-желтого цвета. Размеры этого узла 5—6 см в диаметре. В мягких тканях спины никаких изменений не обнару-

жено. Позвоночник не был вскрыт из-за отсутствия указаний на его повреждение. Для гистологического исследования взяты части внутренних органов.

Судебно-медицинский эксперт (КИСЕЛЕВ)

Понятые: (КОТЛОВ, РАЗУМОВ)

Следователь (СКОРОХОДОВ)

Патолого-анатомический диагноз: опухоль лобных долей больших полушарий мозга с размягчением и кровоизлиянием в ткань опухоли и в вещество мозга, набухание мозга, очаговая бронхопневмония, полнокровие внутренних органов.

Заключение

Смерть гр-ки Сибиряковой последовала от опухоли мозга с размягчением ее и кровоизлиянием в вещество мозга. Признаков насильственной смерти при вскрытии не обнаружено.

Судебно-медицинский эксперт (КИСЕЛЕВ)

АКТ

ПОВТОРНОГО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПА

4 ноября 1959 г. с 10 час. 30 мин. до 14 час. 30 мин. на основании постановления старшего следователя областной прокуратуры М-ской области старшего советника юстиции Старикова П. И. судебно-медицинская экспертная комиссия в составе: заведующего бюро судебно-медицинской экспертизы кандидата медицинских наук Петрова Ю. В., судебно-медицинских экспертов Пухова В. В., Светлова К. М. и судебно-медицинского эксперта г. К. Перова В. И., при искусственном освещении в помещении для хранения трупов Восточного кладбища г. М. произвела повторное судебно-медицинское исследование трупа Резвова Ивана Петровича, 21 года.

При исследовании присутствовали старший следователь областной прокуратуры старший советник юстиции Стариков П. И. и понятые Иванов и Сергеев Д. И.

Предварительные сведения

Вечером 19 августа 1959 г. гр-н Резвов уехал из г. М. на ст. К. Михайловской области к проживающим там своим знакомым Косовым, на квартире у которых он остался ночевать.

20 августа 1959 г., пообедав вместе с Косовыми, Резвов в 13 час. 20 мин. проводил их на работу, а сам пошел купаться в водоеме карьера, расположенного на ст. К., близ кирпичного завода, и оттуда не возвратился. В 19 часов того же дня в указанном водоеме, на расстоянии 3 м от берега и на глубине 1—1,5 м. был обнаружен труп Резвова.

При осмотре трупа Резвова, как это значится в акте судебно-медицинского исследования № 74 от 23 августа 1959 г., обнаружено: на шее в подчелюстной области с обеих сторон, на 5 см ниже подбородка, имеются два кровоподтека синие-багрового цвета, размерами 3×2 см слева и 2×1 см справа.

В области левой ключицы у ее грудинного конца имеется кровоподтек синие-багрового цвета, размером 2,5×1,5 см; в области рукоятки грудины имеется кровоподтек синие-багрового цвета, размером 4,5×3 см; в области наружной поверхности левого плеча имеются четыре кровоподтека синие-багрового цвета, размерами от 1,5×0,8 см до 2,5×1,5 см. В мягких тканях левой половины шеи, грудной клетки, в области рукоятки грудины и в

области левой ключицы соответственно кровоподтекам имеются кровоподтеки темно-красного цвета.

Судебно-медицинский эксперт г. К. Перов В. И., исследовавший 23 августа 1959 г. труп Резвова И. П., в заключении указал, что смерть наступила от асфиксии вследствие закрытия дыхательных отверстий водом, а обнаруженные кровоподтеки в области шеи, в области груди и левого плеча причинены прижизненно твердым тупым предметом, каковыми могли быть пальцы рук.

Повторное исследование трупа Резвова И. П. производится для уточнения повреждений, описанных в акте первичного исследования трупа.

Перед экспертизой поставлены следующие вопросы:

а) Какие повреждения прижизненного характера имелись на трупе Резвова И. П.

б) Если повреждения имелись, то чем они причинены.

в) Правильно ли заключение судебно-медицинского эксперта Перова В. И. о причине смерти Резвова И. П., о характере и механизме происхождения обнаруженных на трупе повреждений мягких тканей.

Наружный осмотр

Труп лежит в досчатом гробу, запачканном приставшей глиной. Крышка гроба продавлена. По снятии ее оказалось: труп покрыт белым мелкосетчатым покрывалом, на котором имеются остатки цветов. Труп одет в черный шерстяной костюм, белье, носки и ботинки. Вся одежда влажная, грязновата, местами покрыта плесенью. Для снятия одежды труп был извлечен из гроба. При исследовании трупа обнаружено следующее:

кожные покровы трупа скользкие, задублены, и как бы мылятся; общий цвет кожи грязно-красноватый, а местами зеленоватый. Трупные пятна неразличимы. Трупное окоченение отсутствует. При срединном разрезе ранее неисследованных мягких тканей спины обнаружено, что мышцы спины темно-розового цвета, без признаков кровяного пропитывания. Вскрыт грудной и поясничный отделы позвоночника. При этом в позвоночном канале между дугами позвонка и твердой мозговой оболочкой обнаружено большое количество грязно-розовой крошащейся кашицеобразной массы. При разрезе твердой мозговой оболочки спинного мозга оказался значительно уменьшенный в объеме спинной мозг грязно-розового цвета. Окружность обоих плеч в верхних третях одинакова и равна 27 см. На общем фоне грязно-темно-зеленоватой кожи левого плеча в области плечевого сустава, на наружной его поверхности, одно коричневое пятно неправильноокруглой формы, размером 4×9 см. На разрезе каких-либо особенностей не обнаружено. При осмотре суставной сумки и при вскрытии обоих плечевых суставов каких-либо особенностей или повреждений не обнаружено. Волосы на голове короткие, темно-русые, легко отделяются. Мягкие ткани ранее разрезаны обычным анатомическим разрезом, который зашит суровой ниткой. В волосистой части головы слева, в области верхней части лобной кости, имеется пятно темно-коричневого, переходящего в черный цвета, размером 6×5 см. На внутренней поверхности мягких тканей черепа обнаружено темно-красное пятно с синеватым оттенком на разрезе, размером 4×5 см. При разрезе мягких тканей в области пятна в них обнаружено темно-красное ограниченное окрашивание. Кусок кожи из области этого пятна изъят для микроскопического исследования. Череп был ранее вскрыт обычным распилом. Твердая мозговая оболочка оказалась не удаленной в области основания черепа. В задней черепной ямке, возле затылочного отверстия, небольшое количество розоватой крошащейся кашицеобразной массы. Кости свода и основания черепа целы. Глаза закрыты, глазные яблоки спавшиеся. Отверстия носа и ушей свободны. Рот закрыт, зубы довольно плотно держатся в альвеолах. 3-й зуб сверху слева имеет коронку из металла желтого цвета. Шея, грудная и брюшная полости ранее были

вскрыты и края разрезов кожи сшиты суровыми нитками. Мягкие ткани шеи грязно-красного цвета, довольно плотные, при осмотре их ничего особенного не найдено.

Поскольку судебномедицинским экспертом Перовым в акте исследования трупа от 29 августа 1955 г. были отмечены кровоподтеки на передней поверхности шеи и для гистологического исследования им был взят кожно-ключично-сосковой мышце до ключицы, то для контроля комиссией взят такой же участок кожи справа. Несколько справа от области яремной вырезки имеется пятно коричневого цвета, размерами 4×5 см. Кожа здесь уплотнена. Из этого участка кожа также изъята для гистологического исследования. Для сравнения взят такой же участок кожи слева от области яремной вырезки. Все внутренние органы находятся в грудной и брюшной полостях. Они имеют обычные анатомические разрезы, при осмотре их установлено: рожки подъязычной кости и щитовидного хряща целы, слизистая пищевода и дыхательных путей грязно-красного цвета. Легкие в виде тонких комков ткани темно-красного, почти черного, цвета. Сердце дряблѐе, грязно-красного цвета, клапаны тонкие, прозрачные. Печень уменьшена в размерах, плотна на ощупь, желчный пузырь ранее вскрыт. Селезенка расплзается под руками, правая почка ранее исследована, левая не была ранее разрезана, капсула снимается с нее легко, рисунок на разрезе стерт. Ткань почек на разрезе серовато-красного цвета. Желудок и кишечник ранее вскрыты, слизистая оболочка их грязно-красного цвета с зеленоватым оттенком. Поджелудочная железа в состоянии распада. Мочевой пузырь пуст. При исследованиях каких-либо повреждений ребер, таза и конечностей обнаружено не было. После исследования трупа для последующего дополнительного исследования был взят весь шейный отдел позвоночника вместе с частью затылочной кости. Для судебнохимического исследования изъяты части мозга и внутренних органов, положены в стеклянную банку и направлены в судебномедицинскую лабораторию бюро судебномедицинской экспертизы. После исследования трупа был уложен в гроб и передан родственникам для погребения.

Шейный отдел позвоночника освобожден от мягких тканей, вымачивался в проточной воде при температуре 45—50°. При исследовании этого отдела позвоночника обнаружено: тело пятого шейного позвонка клиновидно сплющено кпереди. Компактный слой передней поверхности тела позвонка в средней части имеет неровную поперечную трещину, которая пересекает всю переднюю поверхность. Верхний край трещины нависает, нижний — несколько вдавлен. На верхней поверхности тела позвонка имеет продольную трещину, идущую спереди назад и вглубь, почти через всю толщину тела. Дуга этого позвонка слева имеет перелом, пересекающий ее на границе с задним краем верхней и нижней суставной площадки. Справа имеется трещина, пересекающая дугу у основания остистого отростка. Шестой шейный позвонок слегка сплюснен кпереди. На верхней его поверхности имеется трещина, идущая спереди назад от средней части до заднего края тела позвонка, далее трещина продолжается вниз по задней поверхности. На передней поверхности тела шестого шейного позвонка имеется неглубокая поперечная трещина компактного слоя, соединяющая несколько питательных отверстий.

Заведующий бюро судебномедицинской экспертизы
кандидат медицинских наук (ПЕТРОВ)

Судебномедицинский эксперт (ПУХОВ)

Судебномедицинский эксперт (СВЕТЛОВ)

Судебномедицинский эксперт (ПЕРОВ)

Старший следователь (СТАРИКОВ)

Понятые: (ИВАНОВ, СЕРГЕЕВ)

Патологоанатомический диагноз

Резкие гнилостные изменения внутренних органов и тканей. Кровоизлияния в мягкие ткани в лобно-теменной области. Продольный и компрессионный перелом тела пятого шейного позвонка с поперечным двойным переломом дуги. Нерезко выраженный компрессионный перелом тела шестого шейного позвонка. Кровоизлияние в позвоночный канал.

Заключение

1. При повторном исследовании трупа Резвова И. П. обнаружено: кровоизлияние в мягкие ткани средней части лобно-теменной области; вертикальные и компрессионные переломы тел пятого и шестого шейных позвонков и двухсторонний перелом дуги пятого шейного позвонка с кровоизлиянием в позвоночный канал.

2. На основании данных исследования трупа Резвова И. П. и материалов дела следует считать, что повреждения, указанные в пункте № 1, получены им при ударе головой о дно водоема во время прыжка в воду (ныряние).

3. Заключение судебномедицинского эксперта Перова В. И. о том, что смерть Резвова «последовала от асфиксии вследствие закрытия дыхательных отверстий водой» является правильным. Однако причина, вызвавшая утопление (перелом шейного отдела позвоночника), при первом вскрытии экспертом не установлена.

При переломах шейного отдела позвоночника часто развиваются параличи верхних и нижних конечностей, в результате чего пострадавший теряет способность двигаться. Находясь в воде в таком беспомощном состоянии он погибает от утопления, что произошло и в данном случае.

4. Резко выраженные гнилостные изменения кожных покровов и мягких тканей трупа Резвова не дают возможности в настоящее время установить наличия описанных судебномедицинским экспертом Перовым кровоподтеков в области шеи, груди и левого плеча, а следовательно, и высказаться об их происхождении.

Заведующий бюро судебномедицинской экспертизы
кандидат медицинских наук (ПЕТРОВ);
Судебномедицинские эксперты (ПУХОВ, СВЕТЛОВ),

ПРОТОКОЛ ЭКСГУМАЦИИ

3 ноября 1959 г.

Старший следователь областной прокуратуры М-ской области советник юстиции Стариков П. И. сего числа согласно постановлению от 1 ноября 1959 г. в присутствии судебномедицинского эксперта областного бюро судебномедицинской экспертизы Светлова К. М., помощника санитарного врача санитарно-эпидемиологической станции Летнего района г. М. Резова П. М., понятых гр-н Игнатова К. П., Синицына П. П. и родного брата умершего — гр-на Резвова Тимофея Петровича произвел эксгумацию трупа гр-на Резвова Ивана Петровича.

Обстоятельства дела

20 августа 1959 г. в 19 часов на ст. К. Г-ского района М-ской области в небольшом водоеме карьера кирпичного завода, на расстоянии 3 м от берега и на глубине 1—1,5 м, был обнаружен труп Резвова Ивана Петровича.

23 августа 1959 г. труп Резвова И. П. исследовал судебномедицинский эксперт г. К., а 25 августа 1959 г. труп был захоронен в г. М., на Восточном кладбище. Ввиду неполноты первичного судебномедицинского исследования трупа и недостаточного описания имевшихся на трупе повреждений

областная прокуратура Михайловской области постановила эксгумировать труп Резвова Ивана Петровича и произвести его повторное вскрытие.

По показанию гр-на Резвова Тимофея Петровича (родного брата покойного), труп Резвова Ивана Петровича был захоронен 25 августа 1959 года в г. М., на Восточном кладбище, участок № 48, могила № 111. Одежда на трупе: черный шерстяной костюм, белье, носки, ботинки. Труп для похорон был положен в деревянный, не обитый гроб.

Осмотр места захоронения

Место, где захоронен труп Резвова Ивана Петровича, возвышенное, почва глинистая. Могила под № 111 с небольшой насыпью находится на участке № 48 Восточного кладбища. В конце могилы, обращенном на восток, имеется трафаретная кладбищенская надпись следующего содержания: «Резвов Иван Петрович 21 год. скончался 20.8.1959 г.».

Осмотр гроба и трупа

При раскопке могилы на глубине 1,6 м в глинистой почве обнаружен гроб, который извлечен на поверхность. Гроб из белых досок, не обитый. Крышка гроба прибита гвоздями. После снятия крышки в гробу обнаружен труп мужчины, одетый в черный шерстяной костюм, белье, носки и ботинки. Гроб и труп были предъявлены Резвову Тимофею Петровичу (родному брату покойного), который опознал труп своего брата — Резвова Ивана Петровича.

Труп на месте, в гробу, не осматривался и из гроба не вынимался. Для судебно-медицинского исследования труп Резвова И. П. направлен в морг Восточного кладбища, находящийся на территории кладбища, на расстоянии 200 м от места могилы Резвова И. П.

Гроб с трупом Резвова Ивана Петровича с места захоронения в морг перевозился бережно на тележке, специально приспособленной для этой цели. После повторного исследования труп Резвова Ивана Петровича вновь был захоронен на Восточном кладбище, участок № 48, могила № 111, о чем и составлен настоящий протокол, к которому прилагаются фотоснимки: общего вида могилы, извлечения гроба и вскрытия его.

Ст. следователь областной прокуратуры
старший советник юстиции (СТАРИКОВ)
Судебно-медицинский эксперт (СВЕТЛОВ)
Поняты: (ИГНАТОВ, СИНИЦЫН, РЕЗВОВ)

Раздел II

Роды и виды смерти

ГЛАВА XXIII

СМЕРТЬ НЕНАСИЛЬСТВЕННАЯ

§ 104. Общие данные. § 105. Судебно-медицинская диагностика смерти в связи с преступным абортom

§ 104. Общие данные

Судебно-медицинскому исследованию подлежат не только трупы с явными признаками насильственной смерти или указаниями на нее, но и трупы лиц, по поводу которых воз-

никает подозрение в насильственной смерти. В противном случае последнее показание к судебно-медицинскому вскрытию произвольно расширяется, и очень часто на судебно-медицинские вскрытия направляют трупы тех лиц, причина смерти которых не определена лечащим врачом. В таких случаях врач не дает свидетельства о смерти, отсутствует, а следовательно, невозможно погребение трупа. Поэтому возникает необходимость в судебно-медицинском вскрытии трупа и установлении причины смерти. Очень часто нет никакого подозрения на насильственную смерть, и судебно-медицинское вскрытие производится с целью контроля. Такие контрольные вскрытия составляют больше половины судебно-медицинского секционного материала и особого судебно-медицинского интереса и значения не представляют, хотя среди них встречаются и случаи насильственной смерти.

Постоянное и неуклонное снижение преступности в Советском государстве, а также промышленного и транспортного травматизма сказываются на судебно-медицинском материале. Уменьшается количество случаев насильственной смерти. Последняя составляет меньшую часть судебно-медицинских вскрытий, производимых судебно-медицинскими экспертами.

Задача судебно-медицинского эксперта при вскрытии трупа состоит в том, чтобы установить причину смерти и разрешить ряд вопросов, поставленных перед ним следователем. Весь судебно-медицинский секционный материал может быть распределен по отношению к родам смерти на следующие две группы:

- а) смерть естественная, ненасильственная;
- б) смерть насильственная.

Исследование трупа и документация вскрытия производятся очень подробно независимо от того, имеется или не имеется подозрение на насильственную смерть.

Определение рода насильственной смерти не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта.

Преобладающую часть судебно-медицинского секционного материала составляют трупы лиц, умерших от ненасильственной смерти. Часть из них составляют лица, умершие от различных болезней, другую часть — скончавшиеся внезапно, скоропостижно. Эти виды ненасильственной смерти имеют свои особенности.

Смерть от болезней. Трупы лиц, умерших от болезней, в лечебных учреждениях подлежат патологоанатомическому вскрытию и вскрываются в больницах патологоанатомами. Однако известная часть смертей от болезней наступает дома. Одни из этих больных находились под наблюдением районных врачей, другие — не обращались за медицинской помощью. Среди умерших от болезней дома одни являются хроническими больными, состоявшими продолжительное время под наблюдением врача. Направление трупов этих лиц на судебно-медицинское вскрытие

последний раз посещал больного за несколько дней до смерти; на этом основании он не может выдать свидетельства о смерти, и труп направляется на вскрытие.

Другую группу умерших составляют люди преклонного возраста, страдающие хроническими болезнями, свойственными этому возрасту: атеросклерозом, эмфиземой легких и т. п., которые умирают дома в основном при явлениях ослабления сердечной деятельности. Обычно направление трупов таких лиц на судебно-медицинское вскрытие объясняется отсутствием врачебного свидетельства о смерти и необходимостью установления причины смерти.

Третью, незначительную группу составляют умершие от остро развившихся инфекционных и неинфекционных заболеваний, не госпитализированные своевременно в силу случайных причин.

Среди этой части судебно-медицинского секционного материала встречаются и криминальные случаи насильственной смерти.

В некоторых случаях может возникнуть вопрос о несвоевременном или неправильном оказании врачебной помощи. Наконец, вскрытие может обнаружить несомненные признаки или подозрение на острое инфекционное заболевание, требующее принятия срочных противоэпидемических мероприятий. В таких случаях судебно-медицинский эксперт ставит немедленно в известность районный здравотдел и санитарного врача (эпидемиолога).

§ 105. Судебно-медицинская диагностика смерти в связи с преступным абортom

Смерть в связи с прерыванием беременности, абортom является предметом судебно-медицинской экспертизы. В одних случаях имеются прямые указания на прерывание беременности, предшествовавшие смерти, в других — смерть в связи с прерыванием беременности обнаруживается лишь при вскрытии трупа. В последних случаях попытка прерывания беременности нередко скрывается окружающими или лицом, производившим аборт, и выдвигается версия о скоростижной смерти.

Смерть при прерывании беременности или при попытках тако-го прерывания может наступить от различных причин.

Шок. Грубые и неумелые манипуляции в области половых органов, особенно матки, при попытках вызвать прерывание беременности иногда вызывают смерть от шока вследствие резкого раздражения чувствительных нервов. При вскрытии трупа женщины, умершей от шока, может быть не обнаружено никаких изменений в области половых органов и даже беременность может остаться не нарушенной. Иногда же в области половых

органов обнаруживаются повреждением, весьма немалым. Смерть от шока может быть также вызвана сирингом горячими жидкостями.

Воздушная эмболия — довольно частая причина быстрой, немедленной смерти при прерывании беременности. Воздушная эмболия возникает в тех случаях, когда для прерывания беременности при помощи резиновой трубки в матку вводится какая-либо жидкость. Находящийся над жидкостью воздух, поступающий в матку, отслаивает плодное яйцо, проникает в вену матки и далее в правую половину сердца, вызывая при этом остановку сердца и смерть. Для обнаружения воздуха в полостях сердца вскрытие трупа начинается с пробы на воздушную эмболию.

Острое малокровие бывает причиной смерти в случаях, когда при прерывании беременности повреждаются крупные сосуды матки. Кровотечение бывает внутренним, в брюшную полость или околоматочную клетчатку, или наружным.

Общее заражение организма (сепсис) нередко возникает при криминальных абортах, производимых в антисанитарной обстановке иной раз невежественными людьми. При этом в матку проникает инфекция, развивается воспалительный процесс и наступает общее заражение организма.

Воспаление брюшины (перитонит) связано обычно с прободением матки инструментами, которыми производится аборт. При этом инфекция проникает в брюшную полость. При прободении матки иногда повреждаются петли кишок.

Таковы основные причины смерти при прерывании беременности (криминальном аборте).

При вскрытии трупа приходится устанавливать наличие беременности, было ли прерывание беременности самопроизвольным или искусственным и причину смерти. Вскрытие трупа дополняется гистологическим исследованием матки, яичников и других внутренних органов, судебнохимическим исследованием содержимого матки при обнаружении в ней каких-либо жидкостей, а также внутренних органов при приеме внутрь веществ с целью вызвать аборт.

Пример: Труп гр-ки З., 34 лет, был доставлен в морг с указанием в сопроводительном отношении, что она скончалась скоропостижно на квартире у своей сестры, которую пришла навестить. Это же рассказала и сестра покойной, описав подробно смерть З. Сестра указала, что покойная иногда жаловалась на сердце и у нее бывали сердечные припадки. Это же подтвердил и муж покойной.

Вскрытие трупа начали с пробы на воздушную эмболию. При вскрытии сердца под водой из его полостей выделилось большое количество пузырьков воздуха. При дальнейшем исследовании обнаружили беременную матку с плодным яйцом трех месяцев. Плодное яйцо частично было отслоено буроватой жидкостью. При судебнохимическом исследовании этой жидкости в ней обнаружен марганец.

Таким образом, вскрытием трупа З. было установлено, что она скончалась от воздушной эмболии при попытке прервать беременность введением в полость матки раствора марганца.

ГЛАВА XXIV

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕЗАПНОЙ И СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ

§ 106. Определение внезапной и скоропостижной смерти. § 107. Скоропостижная смерть при особых обстоятельствах

§ 106. Определение внезапной и скоропостижной смерти

Смерть человека, наступающая неожиданно для окружающих, часто среди полного, обычно кажущегося, здоровья, называется скоропостижной и очень часто встречается в судебно-медицинской практике. В одних случаях скоропостижная смерть наблюдается у людей, которые до этого не жаловались на состояние своего здоровья и были практически здоровыми. В других — можно установить, что скоропостижной смерти предшествовали недомогание или болезненные ощущения. Скоропостижная смерть — это смерть ненасильственная, и обусловлена она острыми или хроническими заболеваниями. По существу скоропостижная смерть — это смерть от болезни, скрыто протекающей и заканчивающейся быстро наступающей смертью.

Следует различать внезапную смерть, наступающую в течение нескольких минут или даже секунд, и скоропостижную, которой предшествует кратковременное заболевание в течение немногих часов (обычно в пределах суток). Различие между внезапной и скоропостижной смертью можно видеть на приводимых примерах.

Внезапная смерть. (1) Мужчина, 48 лет, возвращаясь с сыном из бани, на улице почувствовал боли в груди, упал и тут же скончался. На вскрытии обнаружены значительные болезненные изменения сердечных сосудов и сердца.

2) Гр-н П., направляясь на службу, ожидал трамвая на остановке и неожиданно упал мертвым. На вскрытии обнаружены резкие изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.

3) Гр-н К., 35 лет, приехал с женой в отпуск к родным. За столом во время завтрака почувствовал себя плохо, стал жаловаться на недостаток воздуха и внезапно скончался. На вскрытии обнаружен распространенный атеросклероз.

Скоропостижная смерть. (1) Гр-н К., 40 лет, за последние три месяца неоднократно обращался в поликлинику с жалобами на боли в области сердца. 6 февраля в 9 часов утра явился на работу, жаловался на плохое самочувствие и боли в области сердца. Потом К. пришел в свой кабинет и лег. Через несколько минут работники канцелярии услышали, что К. сильно хрипит. Вошли в кабинет, где находился К., и застали его умирающим. Вызванный врач констатировал смерть К. На вскрытии обнаружены значительные болезненные изменения сердечной мышцы.

2) Гр-н Г., 28 лет, утром чувствовал себя хорошо и находился на работе. Около 8 часов утра у Г. появились рвота и судороги. Вызванный врач сказал, что у Г. припадок, который скоро пройдет. Состояние Г. ухудшалось, он потерял сознание и через 4 часа скончался. На вскрытии обнаружено самопроизвольное кровоизлияние в мозг.

3) Гр-ка И., 56 лет, утром среди полного здоровья стала жаловаться на сильную головную боль, упала на пол и потеряла сознание. До этого ничем не болела. Через час была доставлена в больницу, где у И. констатировали резко повышенное кровяное давление. Через три с половиной часа после поступления в больницу И. скончалась. На вскрытии обнаружили кровоизлияние в мозг.

Эти примеры дают ясное представление о различии между внезапной и скоропостижной смертью¹.

Скоропостижная смерть человека среди полного здоровья, естественно, вызывает всегда недоумение, догадки о возможной причине смерти и прежде всего подозрение в насильственной смерти. Такому подозрению нередко способствуют обстоятельства, предшествовавшие смерти, обстановка, в которой обнаружен труп, симптомы заболевания.

Кроме того, некоторые виды насильственной смерти, например, отравление, механическое задушение, электротравма и др., могут протекать внешне как скоропостижная смерть. Необходимость установить истинную причину смерти, исключить или подтвердить подозрение на насильственную смерть обязательно требует в каждом случае скоропостижной смерти судебно-медицинского вскрытия трупа с необходимыми дополнительными исследованиями — судебнохимическим, гистологическим, бактериологическим.

Болезненные изменения, обусловившие скоропостижную смерть, могут быть хроническими и протекать скрыто, со слабо выраженными симптомами или бессимптомно. Может наступить скоропостижная смерть и при остро развившемся заболевании в течение немногих часов.

Причины скоропостижной смерти разнообразны и многочисленны. Однако при некоторых заболеваниях она наблюдается особенно часто. Скоропостижная смерть встречается во всяком возрасте: не представляет редкости у детей раннего возраста, редко наблюдается между 20 и 30 годами жизни и довольно часто встречается после 40—45 лет.

Некоторые заболевания, приводящие к скоропостижной смерти, встречаются преимущественно в определенные возрастные периоды. Так, в раннем детском возрасте очень часто причиной скоропостижной смерти являются острые инфекционные заболевания и болезни органов дыхания. В старшем и пожилом

¹ В дальнейшем для удобства изложения понятия внезапной и скоропостижной смерти будут объединены термином «скоропостижная смерть».

возрастах среди причин скоропостижной смерти на первом месте стоят заболевания сердца и сосудов.

Определение причины скоропостижной смерти может иногда представлять значительные трудности. В одних случаях обнаруженные на вскрытии болезненные изменения объясняют причину смерти, например, кровоизлияние в мозг, разрыв сердца. В других — болезненные изменения дают возможность объяснить причину смерти, например, склероз сосудов сердца, опухоль мозга, которые могли вызвать расстройство функции сердца или мозга и скоропостижную смерть. Наконец, встречаются такие случаи скоропостижной смерти, преимущественно в молодом возрасте, когда вскрытие не обнаруживает никаких болезненных изменений и смерть является следствием функциональных расстройств. В этих случаях особенно необходимо производить подробное гистологическое исследование внутренних органов.

При выяснении причин скоропостижной смерти необходимо принимать во внимание, что у лиц с выраженными болезненными изменениями, особенно в сердечно-сосудистой системе, смерть может быть связана с внешними неблагоприятными условиями. Физическое напряжение, иногда незначительное, душевное волнение, переутомление, алкоголь и ряд других моментов могут способствовать наступлению скоропостижной смерти.

Многие заболевания могут приводить к скоропостижной смерти. Однако некоторые из них особенно часто являются причиной скоропостижной смерти.

Заболевания сердца и сосудов — у взрослых самая частая причина скоропостижной смерти; атеросклероз с преимущественным поражением сосудов сердца, склероз мышцы сердца, сифилитическое поражение аорты и ее клапанов, перерождение сердечной мышцы приводят к значительному расстройству и ослаблению сердечной деятельности.

Заболевания органов дыхания чаще являются причиной скоропостижной смерти у детей, реже у взрослых. У детей и стариков обычно встречается катаральное воспаление легких, у молодых субъектов и в среднем возрасте — крупозное воспаление легких.

Заболевания центральной нервной системы также часто приводят к скоропостижной смерти. На первом месте стоит кровоизлияние в мозг, в быту называемое ударом. Кровоизлияние в мозг наблюдается при атеросклерозе и особенно при гипертонической болезни, характеризующейся повышением кровяного давления. Кроме того, скоропостижная смерть может быть вызвана опухолями мозга, воспалением мозговых оболочек и другими, реже встречающимися заболеваниями.

Острые инфекционные заболевания вызывают скоропостижную смерть. У детей скоропостижная смерть наблюдается при гриппе, скарлатине, цереброспинальном менингите, у взрослых — при сибирской язве, тропической малярии, гриппе.

Кроме указанных заболеваний, скоропостижная смерть встречается и при других заболеваниях, но значительно реже.

В случаях скоропостижной смерти при расследовании необходимо обращать внимание на обстоятельства, предшествовавшие смерти, — неблагоприятные факторы, которые могли способствовать наступлению смерти, состояние здоровья покойного, предшествовавшие заболевания.

§ 107. Скоропостижная смерть при особых обстоятельствах

Скоропостижная смерть нередко вызывает подозрение в насильственной смерти, но при определенных обстоятельствах внезапное наступление смерти вызывает особо тяжелое впечатление и серьезные подозрения в насильственной смерти. Приведем некоторые из подобных обстоятельств.

Скоропостижная смерть грудных детей при кормлении. Такая смерть в быту называется «присыпанием». Мать заявляет, что она «приспала» ребенка во время кормления его грудью. Обстоятельства смерти от «присыпания» обычно следующие. Мать ночью берет ребенка к себе для кормления, дает ему грудь и засыпает, а просыпаясь, обнаруживает ребенка мертвым. Мать считает, что она ребенка «приспала», т. е. задушила, закрыв ему отверстия носа и рта грудью. Очень часто в таких случаях речь идет о скоропостижной смерти больного ребенка в течение скрыто протекавшего инфекционного заболевания. При микроскопическом исследовании внутренних органов в таких случаях обнаруживаются болезненные изменения: воспаление мозга, мозговых оболочек, воспаление печени, сердечной мышцы.

Скоропостижная смерть детей в яслях вызывает всегда серьезные опасения за постановку дела в детском учреждении и тяжелую реакцию не только со стороны матери умершего ребенка, но и других матерей, общественных организаций, органов здравоохранения. Ребенка принимают в ясли клинически здоровым, с нормальной температурой. После кормления его укладывают спать, иногда в конверте на веранде, а через некоторое время обнаруживают мертвым в постели. Стараясь объяснить наступление смерти, непонятной для окружающих, обычно делают вывод о том, что смерть насильственная и наступила от того, что ребенка туго закутали, закрыли или ребен-

нок повернулся и задохнулся. Так как ребенок клинически был здоров, то о смерти от заболевания не думают. Детальное микроскопическое исследование внутренних органов обнаруживает в подобных случаях выраженные болезненные изменения такого же характера, как и при смерти от «присыпания», свидетельствующие о том, что ребенок был болен.

При смерти от «присыпания» и при смерти в яслях заключение не может быть дано без тщательного вскрытия, гистологического исследования центральной нервной системы и внутренних органов трупа ребенка.

Скоропостижная смерть при лечебных мероприятиях связывается обычно с лечебным мероприятием как причиной смерти. Такие скоропостижные смерти наблюдались при различных физиотерапевтических мероприятиях, рентгено-скопии. Правда, в некоторых случаях смерть действительно может быть связана с лечебным мероприятием, например электро-травмой при неисправности физиотерапевтических приборов (трансформаторов). Иногда же скоропостижная смерть от болезненных причин лишь по времени совпадает с лечебными мероприятиями и в основном может быть объяснена эмоциональным шоком. Обычно это наблюдается у пожилых лиц с болезненными изменениями в сердечно-сосудистой системе или у сердечных больных.

Скоропостижная смерть при занятиях спортом¹ наблюдается у молодых и тренированных субъектов при больших физических напряжениях. Нередко при вскрытии устанавливаются заболевания, которые не были обнаружены при жизни.

Пример: Мужчина, 21 года, во время кросса на 1000 м пробежал 240 м и внезапно упал мертвым. На вскрытии у него обнаружен порок сердца (возвратный бородавчатый эндокардит). Заболевание при жизни не было распознано. Ему разрешили заниматься спортом и участвовать в кроссе.

Иногда скоропостижная смерть обусловлена главным образом болезненными изменениями сердца в результате недавно перенесенных острых инфекционных заболеваний — гриппа, ангины, заболеваний, перенесенных часто на ногах, переутомления, перегревания, допущенных излишеств (алкоголь).

Пример: Мужчина, 24 лет, во время занятий по физической подготовке, выполнив подъем на руках по канату, спустился вниз и через несколько минут скончался. Незадолго до смерти перенес грипп. На вскрытии обнаружено перерождение сердечной мышцы и расширение полостей сердца.

¹ Скоропостижная смерть в воде описана при изложении обстоятельств смерти от утопления.

ГЛАВА XVI

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ
РАССЛЕДОВАНИИ ДЕЛ О САМОУБИЙСТВАХ

§ 108. Мотивы, поводы и причины самоубийства. § 109. Самоубийства при некоторых заболеваниях. Вопросы экспертизе

При расследовании дел, связанных с насильственной смертью человека, при выяснении обстоятельств происшествия одной из основных задач является установление рода смерти — убийства, самоубийства или несчастного случая. Существенную помощь органам расследования для установления рода смерти может оказать судебномедицинская экспертиза. Установление рода смерти, как уже было указано, является обязанностью ведущего расследование и на основании анализа всех доказательств по делу, а не только судебномедицинской экспертизы, так как требует обязательного установления умысла или неосторожности. Опыт судебномедицинской практики и медицинские данные позволяют иногда эксперту выявить те или иные особенности, подтверждающие, например, возможность или невозможность нанесения повреждений собственной рукой. Однако только в отдельных случаях удается обнаруживать при исследовании трупа такие особенности, которые дают возможность эксперту это утверждать на основании медицинских данных. Исследователю и эксперту необходимо осторожно подходить к оценке происшедшего там, где самоубийство по первым данным не вызывает сомнения. Опыт показывает, что, с одной стороны, убийство может быть совершено при обстоятельствах и способах, встречающихся обычно при самоубийстве. С другой стороны, самоубийство может быть совершено в такой обстановке, которая заставляет предполагать прежде всего убийство или несчастный случай. Самоубийство здесь устанавливается на основании всех доказательств по делу.

Задача судебномедицинской экспертизы состоит в том, чтобы на основе анализа полученных при исследовании трупа данных о механизме возникновения повреждений установить возможность или невозможность нанесения их собственной или посторонней рукой, соответствуют или не соответствуют обнаруженные изменения обстоятельствам происшествия.

Некоторые повреждения и механизмы смерти исключают возможность действия собственной руки: обширные рубленые раны головы, туловища, сдавление руками.

Нужно иметь в виду, что и обширные повреждения, например головы, человек может наносить себе сам.

Мужчина, 27 лет, был задержан в пьяном виде. Он долго вырывался, затем все-таки вырвался, разбежался по помещению, с силой ударился го-

ловой о стену и упал без сознания. Через некоторое время, не приходя в сознание, скончался. При вскрытии трупа обнаружено обильное кровоизлияние в мягких тканях лобнотеменной области, вдавленные переломы теменных костей, расхождение венечного шва, ушиб мозга и обширные кровоизлияния под мозговые оболочки. Если бы многочисленные свидетели не видели, как все произошло, эксперт на основании данных вскрытия вряд ли мог бы исключить нанесение повреждений посторонней рукой.

При расследовании дел о самоубийствах следует иметь в виду некоторые особенности, характерные для таких происшествий.

Уголовный кодекс предусматривает самоубийство следующими статьями:

«Ст. 141. Доведение лица, находящегося в материальной или иной зависимости от другого лица, жестоким обращением последнего или иным подобным путем до самоубийства или покушения на него —
лишение свободы на срок до пяти лет.

Содействие или подговор к самоубийству несовершеннолетнего или лица, заведомо неспособного понимать свойства или значения им совершаемого или руководить своими поступками, если самоубийство или покушение на него последовали, —

лишение свободы на срок до трех лет».

Не следует забывать и того, что под самоубийством может скрываться убийство. Это так называемая инсценировка самоубийства, когда убийца, скрывая следы преступления, создает обстановку самоубийства и пытается таким образом ввести следствие в заблуждение относительно истинного характера происшедшего. Правильное представление о случившемся и выяснение истинной причины самоубийства требуют внимательного изучения обстановки происшествия, подробного осмотра трупа на месте происшествия, вскрытия его, исследования вещественных доказательств, в частности писем самоубийц, выяснения мотивов или поводов к самоубийству.

Задача следователя во многом будет облегчена, если он будет иметь представление о некоторых особенностях, характерных для самоубийства, о способах и обстановке, характере и содержании записок самоубийц, о поводах и мотивах самоубийств.

§ 108. Мотивы, поводы и причины самоубийства

При расследовании дел о самоубийствах одним из основных обстоятельств, подлежащим выяснению в первую очередь, является причина самоубийства. Этот вопрос относится к компетенции следователя. Существенную помощь в этом ему могут оказать эксперт-психиатр и отчасти судебномедицинский эксперт. Выяснение причины самоубийства имеет значение в том

отношении, что иногда может возникать обвинение в доведении до самоубийства, самоубийство может быть связано с психическим заболеванием. Нередко возникают подозрения в психическом или ином заболевании покойного. Эти вопросы не могут быть разрешены без экспертизы.

Указание на причины самоубийства следователь может получить из допросов свидетелей, родственников покойного, оставленных самоубийцей документов (дневников, писем). В этих документах, особенно письмах, нередко объясняются поступки. Объяснения, поражая часто своей незначительностью, могут приниматься за действительную причину самоубийства. Однако то, что самоубийца приводит как причину поступка, на самом деле является лишь мотивом, поводом.

Мотив или повод к самоубийству не есть причина самоубийства. Мотивом или поводом обычно является какое-то внешнее раздражение, воздействие, вызвавшее в качестве неадекватной реакции у данного субъекта самоубийство или попытку к нему. Причина же лежит гораздо глубже, и она-то и объясняет такую реакцию у самоубийцы, а не мотив, выдвигаемый самим самоубийцей в качестве причины.

Мотив может быть различным. Это доказывают примеры с повторными попытками самоубийства у некоторых лиц.

Причина же лежит обычно в психическом состоянии данного субъекта. Поэтому очень часто мотивы, указываемые самоубийцей, настолько несерьезны и малозначительны, что никак не соответствуют серьезности поступка. Конечно, при оценке мотива и повода следует принимать во внимание и исходить из психологии самоубийцы. То, что зрелому человеку кажется пустяком, для юноши, не имеющего жизненного опыта, будет казаться непреодолимым препятствием.

Встречаются немотивированные самоубийства, где отсутствуют мотив или повод, а есть причина — психическое заболевание. Правда, мотив может быть не известен потому, что самоубийца его тщательно скрывал.

Чаще всего самоубийство совершается в состоянии постоянного или временного психического расстройства, или под влиянием психического аффекта, реактивного состояния. Вот почему иногда самоубийство такого субъекта может быть совершенно неожиданным для его близких и знакомых. Иногда же при расследовании оказывается, что самоубийство подготавливалось давно.

Существенную помощь в выявлении причин самоубийства может оказать судебнопсихиатрическая экспертиза. Как показывает практика, значительная часть самоубийц — лица с неуравновешенной психикой. Это лица с психопатическими чертами характера, психопаты, невропаты, истерики. Значительное

место среди них занимают лица с ипохондрическими состояниями, постоянно жалующиеся на состояние своего здоровья. У некоторых жалобы связаны с неясными болями в области желудка, кишечника, подтверждающиеся в виде явлений гастрита, ахилии, иногда даже нераспознанной при жизни язвы желудка, выраженной или зарубцевавшейся. В ряде случаев встречаются жалобы на импотенцию и другие заболевания. Среди самоубийц известную часть составляют лица с психическими заболеваниями: шизофренией, эпилепсией. При этом заболевание иногда выявляется и раскрывается только фактом самоубийства, обнаруживая бредовую идею, например в письме.

Пример: У самоубийцы, 20 лет, были обнаружены в кармане фотокарточка родителей и письмо следующего содержания: «Мне трудно говорить. Прошу назначить расследование по следующему делу. Взгляните на фотографию, потом на меня, отец на фотографии подставной. Настоящий отец — родной брат матери. Это никак еще не доказано, но я это чувствую и догадываюсь по взглядам всех моих родных, по поведению родителей и подставного отца. Прошу для расследования назначить людей твердых и опытных. Прошу также на время расследования мне помощи. Я не нахожу себе ни дела, ни покоя, мне стало трудно жить вместе со студентами коллегам в общежитии. Прошу, чтобы на первое время объяснений со мной было поменьше свидетелей. Мне трудно держать себя в рамках приличия».

Не следует, однако, делать вывода, что все самоубийцы психически больные люди. Самоубийство у психически здоровых людей может быть объяснено, как указывает И. П. Павлов, потерей рефлекса цели. Это встречается у молодых людей, не имеющих достаточного жизненного опыта, у стариков, у лиц, страдающих тяжелыми, неизлечимыми заболеваниями.

В случаях самоубийства обязательно следует проводить посмертную психиатрическую экспертизу. Материалами для нее могут служить письма, документы, допросы и объяснения родных и близких, сослуживцев о характере и поведении покойного. Особенно большое значение при этом имеют письма самоубийц. В некоторых случаях приходится проводить криминалистическую экспертизу письма, чтобы установить, что письмо написано действительно рукой покойного.

В практике известны инсценировки самоубийства с подделкой писем самоубийц. Среди самоубийц встречаются хронические алкоголики с выраженной деградацией личности, кончающие с собой в состоянии алкогольного бреда, белой горячки, депрессии. Состояние опьянения встречается у известной части самоубийц. Идея самоубийства или возникает в состоянии острого алкогольного опьянения, или же субъект, приняв решение покончить с собой, принимает алкоголь, чтобы иметь силы привести решение в действие.

Инсценировка самоубийства наблюдается в случаях, когда преступник пытается ввести в заблуждение и

создает обстановку самоубийства. С этой целью избираются и способы совершения преступления, обстановка происшествия, подделываются письма от имени жертвы. Иногда инсценировка бывает очень сложно задуманной и совершенной. Однако в самой сложности такой инсценировки обычно заложены и указания на характер происшествия. Известна симуляция самоповешения и самоотравления.

Инсценировка неоконченных самоубийств, попытки самоубийства воспроизводятся лицами, желающими добиться выгоды, устранить кого-либо, с целью вымогательства, шантажа и т. п. В таких случаях также могут инсценировать самоповешение, повреждения, в частности огнестрельные. Подобная инсценировка наблюдается иногда у преступников, когда убийца наносит себе повреждения, выдвигая версию самоубийства по сговору.

Диссимуляция самоубийства, то есть сокрытие истинного характера происшествия, заключается в том, что самоубийца, руководствуясь известными ему мотивами, скрывает или пытается скрыть свой поступок, придавая последнему характер несчастного случая, иногда даже убийства, может инсценировать нападение на себя, нередко с ограблением и т. п. Иногда это может ввести в заблуждение при расследовании и построении версии происшествия. При неудавшихся попытках самоубийства субъект может скрывать истинный характер происшедшего и полученных повреждений, приводя различные объяснения.

Способы самоубийства исключительно разнообразны, что имеет свое объяснение. Выбор способа самоубийства объясняется доступностью его, подражанием, профессией. Статистические данные, относящиеся к изучению способов самоубийств в различных странах, показывают преобладание одних способов над другими. Так, первое место среди способов самоубийств занимает повешение, утопление, отравление и др. В Англии, во Франции часты отравления угарным, светильным газом, тогда как в других странах они встречаются редко. Другие способы самоубийств встречаются значительно реже. Доступность способа подтверждается, например, тем, что отравления трудно доступными ядовитыми веществами встречаются преимущественно у лиц, имеющих доступ к ним. Отравление сулемой, морфином наблюдается у медицинского персонала, цианистым калием — у лабораторных работников. Самоубийство посредством огнестрельного оружия редко встречается среди гражданского населения и т. д.

На значение профессии, указывают редкие способы самоубийств, например, электротоком у электриков, отравления некоторыми веществами у химиков, огнестрельным оружием

у лиц, связанных с ним по профессии (работники охраны, охотники). Подражание может иметь место как по отношению к выбору определенного способа, так и к месту самоубийства. Известны наблюдения отравлений одним и тем же ядовитым веществом, самоубийства в одном и том же месте. Сложные по замыслу, выполнению или способу самоубийства заставляют предполагать или прямо указывать на психическое заболевание покойного.

Самоповешение как способ самоубийства встречается наиболее часто. Петли делаются из любого материала, имеющегося под рукой: веревки, пояса, шарфы, электропровода от плитки, бинтов и других материалов. Сложно выполненные ими петли из необычного материала сами по себе подтверждают наложение петли собственной рукой (рис. 143). Об этом иногда может говорить поза самоубийцы и место самоубийства. Например, труп мужчины в петле был обнаружен на высоком дереве на высоте около 9 м над землей.

Утопление — также один из частых способов самоубийства. Чаще самоубийцы бросаются в водоем одетыми, привязывая иногда к себе тяжести или накладывая их в карманы одежды, завязывая в подол платья и т. п. Иногда они связывают себе руки и ноги. Известны наблюдения, когда предварительно наносились огнестрельные, колотые ранения, оружие выбрасывалось и затем уже самоубийца падал в водоем. Иногда же самоубийца предварительно раздевается, складывает одежду, оставляет записку, а затем бросается в воду.

Вскрытие трупа утопленника само по себе не дает возможности установить происхождение утопления.

Отравление как способ самоубийства встречается не часто, особенно смертельное. Из отравляющих веществ преимущественно применяются легко доступные, имеющиеся в продаже: уксусная кислота, каустическая сода, реже другие кислоты и щелочи (рис. 144).

Отравления веществами, не имеющимися в свободной продаже, встречаются преимущественно у лиц, имеющих к ним



Рис. 143. Петля из ремня, обернутая полотенцем

доступ, или при нарушении правил хранения и употребления таких веществ.

Самоубийство посредством острых орудий (режущих, колющих). При исследовании таких трупов следует обращать внимание на расположение повреждений, их количество, глубину. Из режущих орудий обычно встречается бритва, реже — ножи. Могут быть и необычные предметы, например

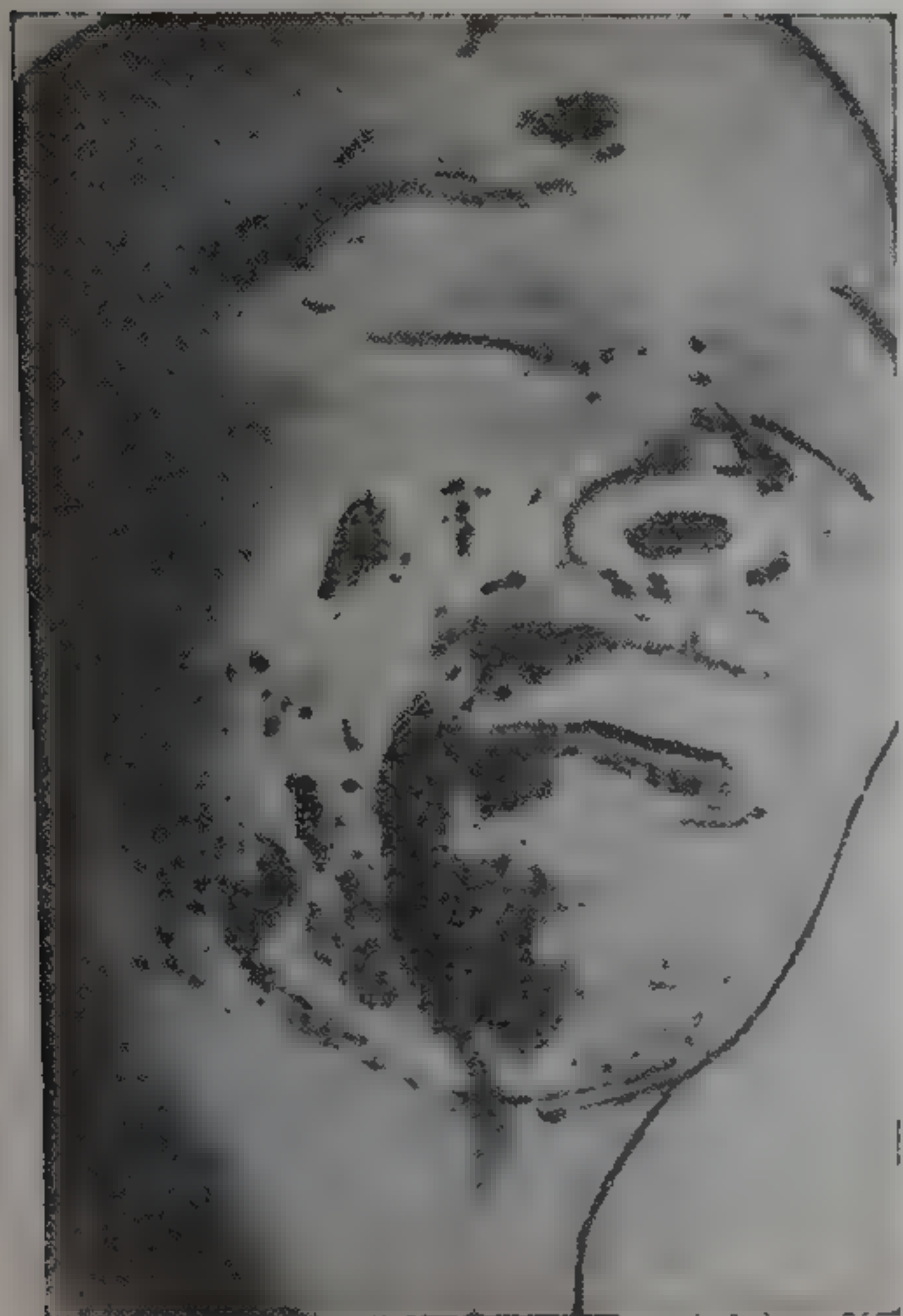


Рис. 144. Ожог кожи при отравлении азотной кислотой. Самоубийство



Рис. 145. Резаные раны шеи, нанесенные собственной рукой

осколки стекла. Повреждения наносятся в местах, доступных собственной руке: на передней поверхности шеи, на груди, в области лучезапястных суставов. Характерны множественные, параллельные, чаще неглубокие надрезы. Основные же повреждения бывают и очень глубокими (рис. 145). На шее раны могут проникать до позвоночника, повреждаются крупные сосуды шеи, гортань, пищевод. Известны при самоубийстве повреждения и в области задней поверхности шеи. Колотые раны располагаются обычно в области сердца, иногда на передней поверхности живота.

Рубящие орудия (топоры) также могут применяться при самоубийствах, когда наносятся множественные поверхностные и глубокие повреждения мягких тканей и костей черепа в те-

менной области и даже проникающие ранения черепа (рис. 146). Известны случаи вколачивания самоубийцами в голову гвоздей.

Самоубийства посредством огнестрельного оружия встречаются сравнительно редко. Оружие применяется различное. Встречаются самоубийства из самодельного оружия, иногда очень сложного. Наиболее доступно охотничье оружие. Реже встречаются револьверы, пистолеты, винтовки. Применение оружия с длинным стволом требует специальных приспособлений или же спусковой крючок нажимается пальцами разутой ноги. Встречаются и сложные приспособления. Выстрелы могут производиться одновременно из нескольких экземпляров оружия. Один самоубийца выстрелил себе в голову одновременно из двух пистолетов, приставленных к обоим вискам.

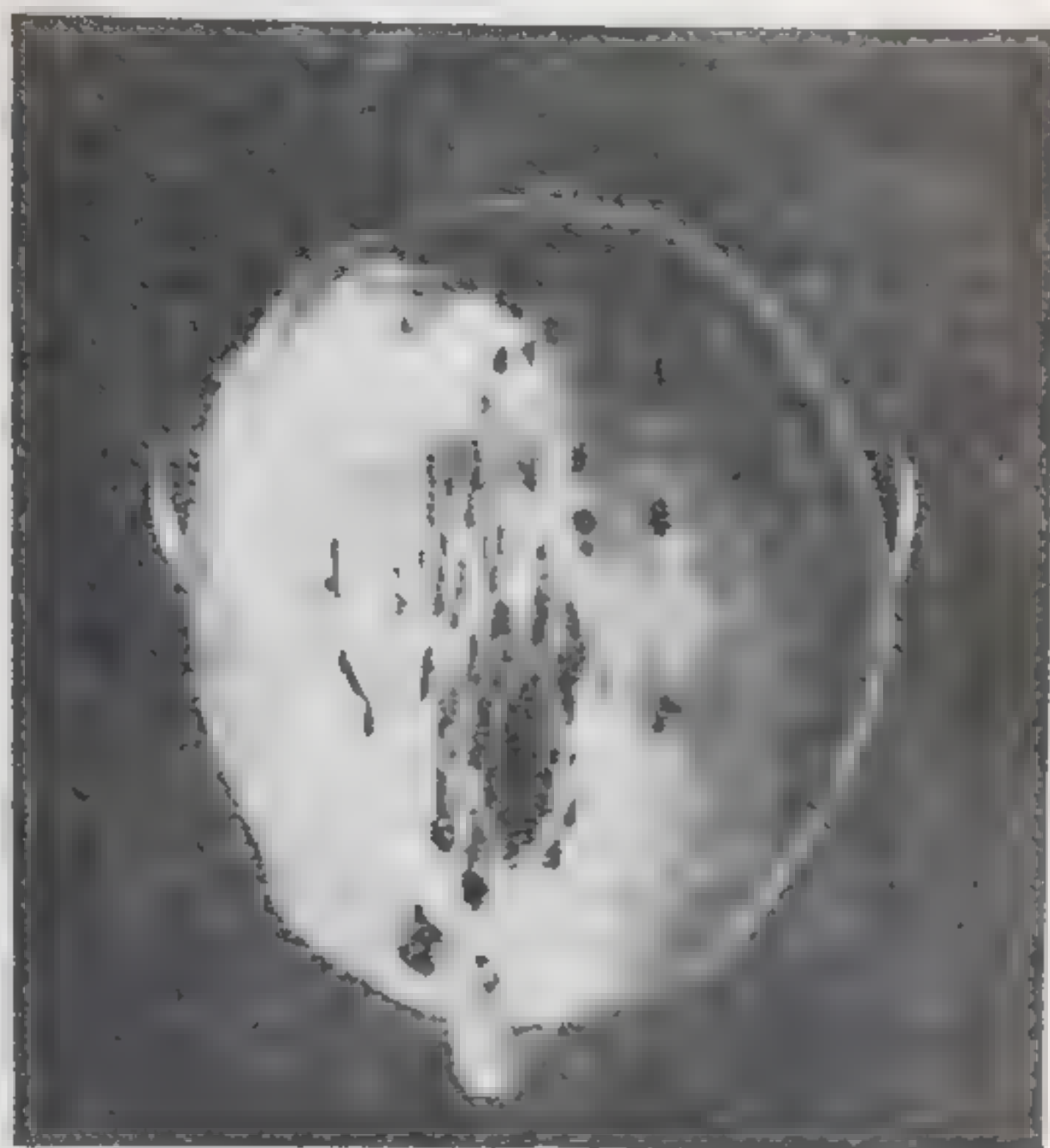


Рис. 146. Многочисленные раны головы топором. Самоубийство



Рис. 147. След от движущихся частей оружия на руке самоубийцы

Выстрелы производятся чаще всего в грудь или в голову. На голове входное отверстие располагается в правой височной области, реже в левой, в полости рта, в теменной, затылочной

областях. Наблюдались при самоубийстве и выстрелы в живот, спину. Выстрелы производятся в обнаженную часть тела и через одежду, например через полушубок. Выстрел производится, как правило, в упор, но иногда и с некоторого расстояния. На руках

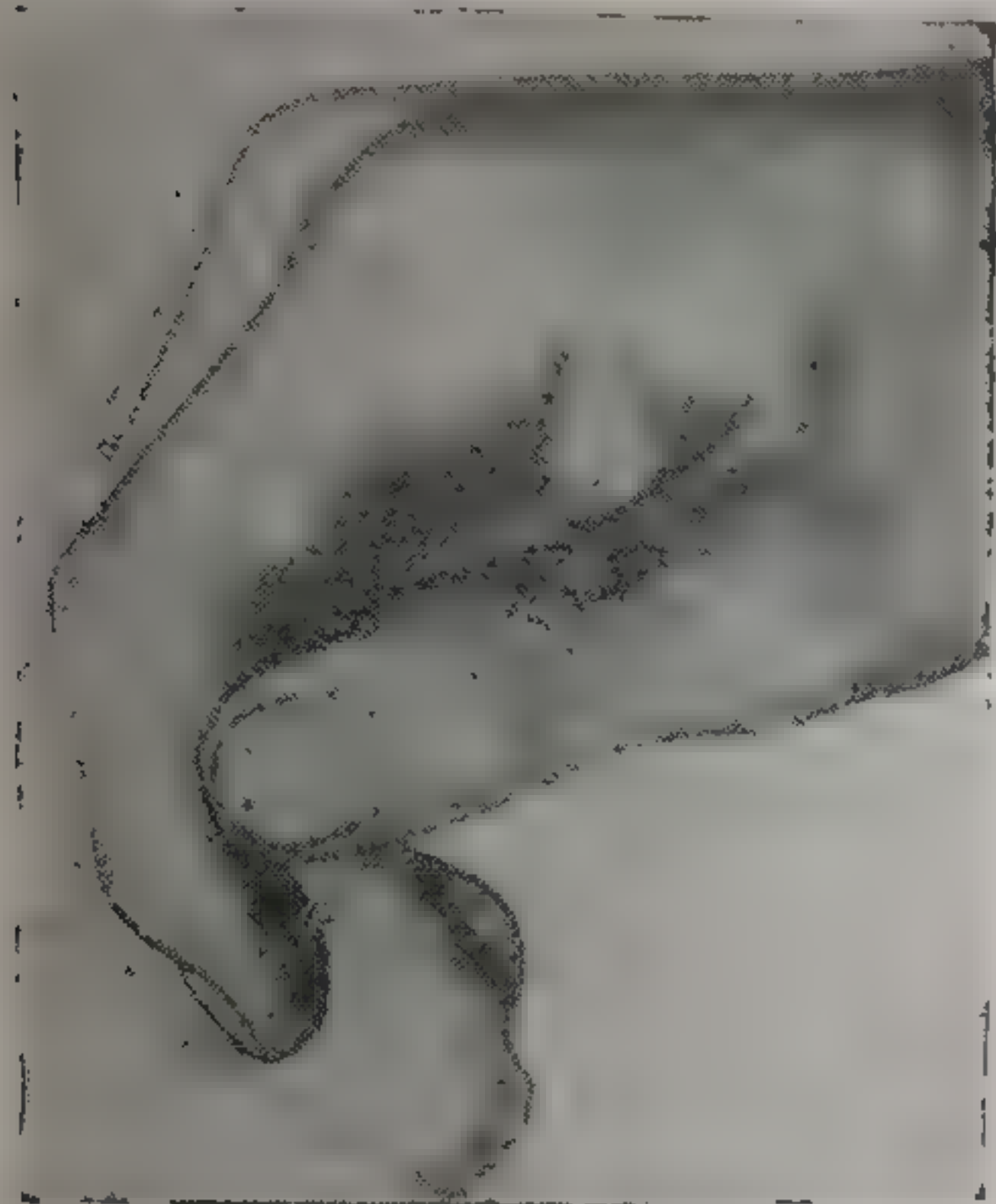


Рис. 148. Копоть в межпальцевой складке на руке самоубийцы



Рис. 149. Брызги крови на руках самоубийцы

самоубийц могут обнаруживаться следы от движущихся частей оружия, следы копоты, брызги крови (рис. 147—150).

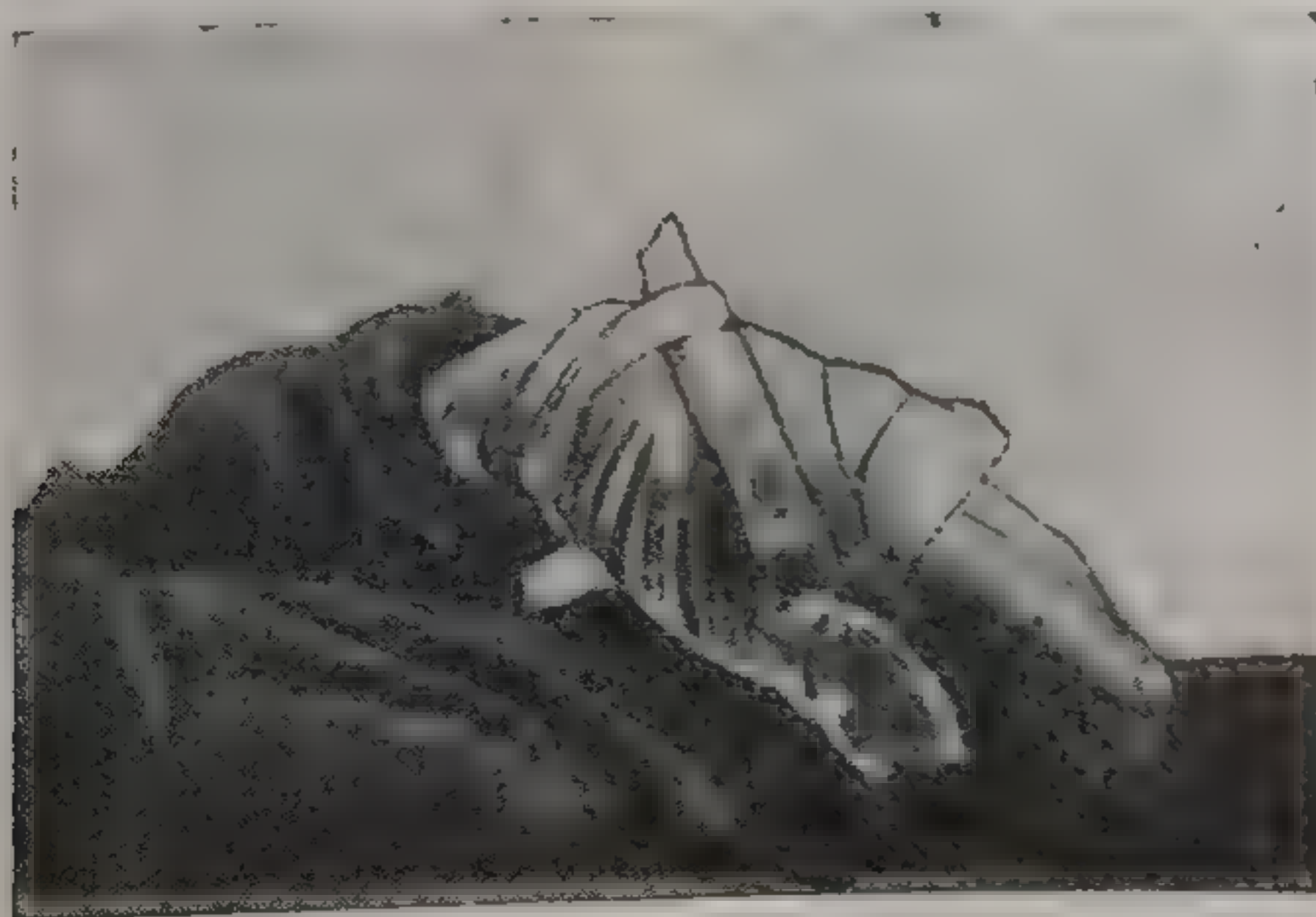


Рис. 150. Копоть на повязке у самоубийцы

Комбинированные способы самоубийства. Иногда приходится встречаться с тем, что применяется не-

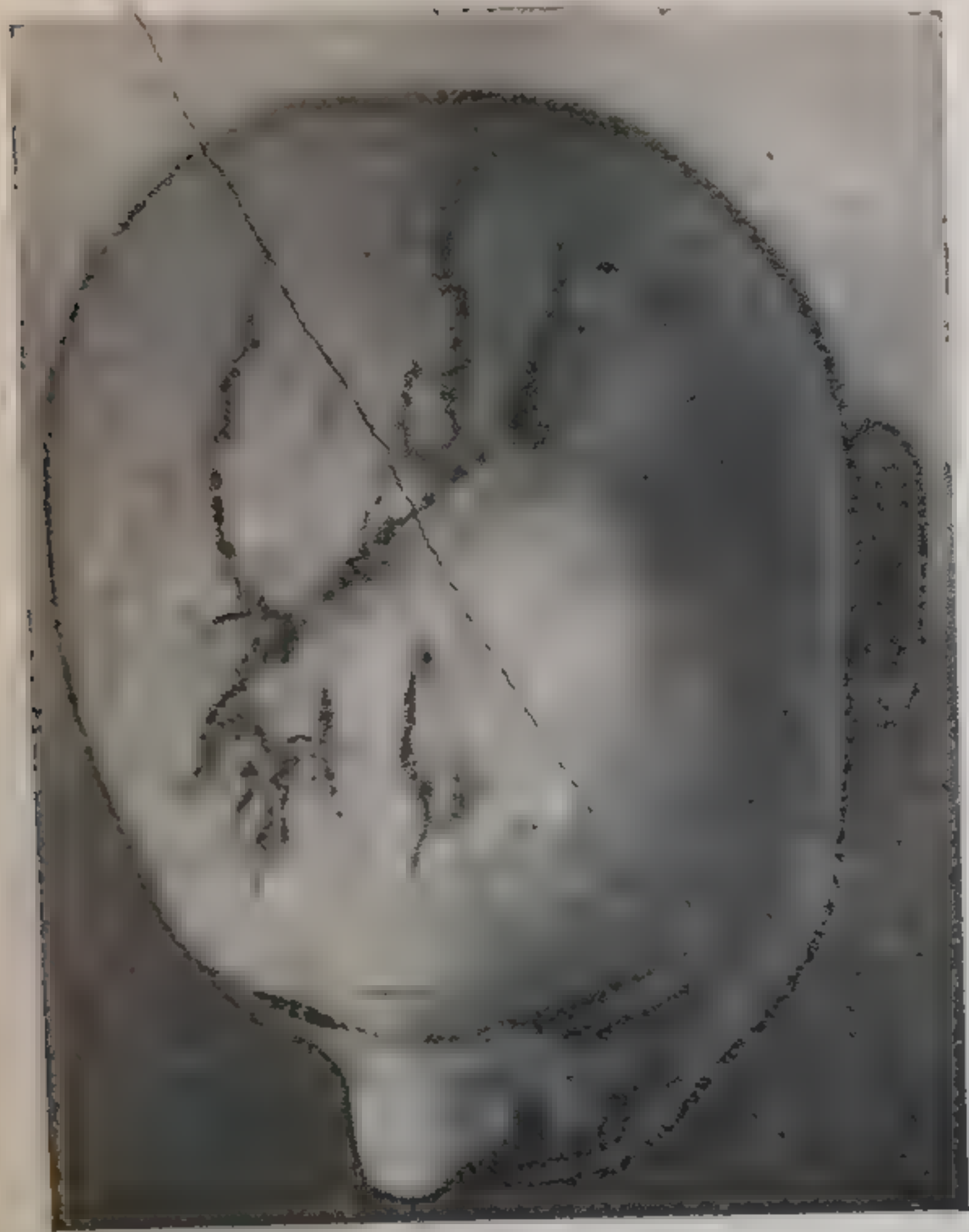


Рис. 151. Многочисленные ушиблен-
ные раны головы, нанесенные гирей.
Самоубийство



Рис. 152. Комбинированное само-
убийство:

а) Самоповешение и множественные раны
груди и живота б) Множественные реза-
ные раны плеча и предплечья и старый
рубец в локтевом сгибе



Рис. 153. Самоповешение и закры-
тие отверстий носа и рта тряпками

сколько способов самоубийства: отравление или нанесение повреждений острым орудием с последующим повешением, нанесение повреждений с последующим утоплением и другие комбинации. Наличие таких комбинированных способов не представляет редкости при самоубийстве. Это может неопытного эксперта ввести в заблуждение (рис. 151—152 а, б, 153).

§ 109. Самоубийства при некоторых заболеваниях. Вопросы экспертизы

Иногда самоубийством кончают лица, находящиеся в лечебных учреждениях, или больные у себя дома. В таких случаях может быть возбуждено дело против лиц медицинского персонала, ответственных за наблюдение. Самоубийство или попытка к нему могут быть обусловлены самим заболеванием, при котором возникло реактивное или бредовое состояние. В таких случаях нет по существу самоубийства как сознательного действия, так как оно совершается в состоянии временного расстройства психической деятельности.

Подобного рода самоубийства известны при некоторых остролихорадочных заболеваниях: сыпном тифе, крупозной пневмонии, а также в родовом и послеродовом периоде и в послеоперационном периоде. Такие больные требуют особого наблюдения, так как попытка к самоубийству возникает совершенно внезапно. Обычно больные выбрасываются из окна коридора, уборной или наносят себе повреждения какими-нибудь острыми предметами.

Вопросы, которые ставятся перед экспертизой, должны касаться прежде всего происхождения повреждений или изменений и возможности их возникновения от собственной руки, а также соответствия или не соответствия их обстоятельствам дела.

Что касается психического состояния или заболеваний, то это разрешается судебнопсихиатрической экспертизой. Следует уточнить, не обнаружено ли изменений со стороны центральной нервной системы, которые могли бы указывать на возможность психического заболевания: воспалительных изменений со стороны мозга и его оболочек, рубцов, указаний на сифилитическое поражение мозга и др. В необходимых случаях должно быть произведено гистологическое исследование мозга. Следует также установить, не страдал ли покойный заболеваниями, в частности венерическими.

Кроме того, обычно требуется установить алкогольное опьянение, для чего должно быть произведено количественное определение алкоголя в крови и органах трупа.

ГЛАВА XXVI

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПОВ НОВорожденных

§ 110. Вопросы, разрешаемые при вскрытии трупов новорожденных.
§ 111. Причины смерти новорожденных. § 112. Исследование выкидышей

§ 110. Вопросы, разрешаемые при вскрытии трупов новорожденных

Исследование трупов новорожденных имеет особенности. При вскрытии их необходимо разрешать ряд специальных вопросов, возникающих только в таких случаях. Поэтому исследование трупов новорожденных младенцев рассматривается особо.

При исследовании их судебно-медицинская экспертиза должна установить: новорожденность, зрелость и доношенность, родился ли младенец живым или мертвым, жизнеспособность, продолжительность внутриутробной жизни и причину смерти.

Новорожденность. При судебно-медицинском исследовании трупа младенца прежде всего необходимо установить его новорожденность. Если устанавливается, что младенец не новорожденный, то отпадает необходимость разрешать и некоторые другие вопросы, связанные с новорожденностью.

Доказательствами новорожденности младенца являются пуповина, родовая опухоль и сыровидная смазка.

Пуповина. Новорожденный ребенок имеет сочную влажную пуповину, соединяющую переднюю брюшную стенку ребенка с последом (детское место, или плацента) (рис. 154). Пуповина представляет собой шнур из особой студневидной ткани с заложенными в ней кровеносными сосудами, по которым происходит приток и отток крови от последа к ребенку и обратно. После рождения ребенка пуповина перевязывается и перерезается. Конец ее прибинтовывается к телу ребенка, подсыхает и на 4—10 день отпадает. К концу второй недели место отделения пуповины подживает, и на месте отделения пуповины остается рубец. У новорожденного младенца пуповина сочная, влажная. При осмотре отмечают, перевязана она или нет, и осматривают ее конец, который может быть обрезанным или оборванным. Если пуповина соединена с последом, то измеряют длину пуповины и вес последа.

Родовая опухоль образуется во время процесса родов на той части тела ребенка, которая идет первой по родовому тракту и задерживается при прохождении через таз. Чаще всего родовая опухоль, представляющая собою разлитую, тестоватой консистенции припухлость, располагается на голове ребенка, в затылочной области, но может быть и на других ме-

стах. К концу первых суток внеутробной жизни родовая оболочка рассасывается и исчезает.

Сыровидная, или первородная, смазка представляет собою особую жировую массу желтоватого цвета, покрывающую тельце младенца. Особенно хорошо бывает заметна сыровидная смазка в естественных складках тела, в пахах, под мышечных областях, за ушными раковинами.

Таковы признаки новорожденности младенца.

Зрелость и доношенность. Беременность заканчивается родами, рождением доношенного младенца, приобретающего к концу беременности признаки зрелости. Роды могут произойти



Рис. 154. Труп новорожденного младенца с пуповиной и последом

раньше срока, преждевременно. В этом случае ребенок рождается недоношенным и незрелым. Поэтому при определении степени доношенности и зрелости ребенка приходится устанавливать и продолжительность его утробной жизни. При этом руководствуются размерами ребенка, прежде всего длиной тела, окружностью головки и другими размерами, а также весом.

Зрелый, доношенный младенец характеризуется следующими признаками. Он имеет длину в среднем 50 см, головку окружностью в среднем 32 см. Средний вес доношенного младенца равен 3000 г.

Помимо размеров, надо учитывать признаки, характеризующие зрелость ребенка: эластичная, розовая кожа, хорошо развитая подкожная клетчатка, выступающие грудные железы. В области плечевого пояса — пушок. Хрящи носа и ушей эла-

стичные. Ногти на руках заходят за концы пальцев, на ногах доходят до концов пальцев. У девочек большие половые губы прикрывают малые, у мальчиков яички находятся в мошонке. В нижних концах бедер имеются ядра окостенения диаметром до 0,5 см. Ядра окостенения представляют собою островки костной ткани в хрящах, из которых в основном состоит скелет новорожденного ребенка.

Доношенность определяет время пребывания плода в утробе матери, а зрелость характеризует степень развития плода. Плод, рожденный раньше срока, имеет признаки недоношенности. Длительность пребывания плода в матке определяется на недоношенных плодах измерением его длины. Вес имеет меньшее значение. Для определения возраста плода, то есть длительности пребывания его в утробе матери, пользуются длиной плода: если длина превышает 25 см, то ее делят на 5; при длине менее 25 см из нее извлекают квадратный корень. Полученные результаты будут указывать лунный месяц утробной жизни. Если при исследовании трупа ребенка устанавливается его недоношенность, то определяются степень недоношенности, незрелости и месяц утробной жизни, на котором последовали роды.

Жизнеспособность. Насильственные действия могут быть предприняты по отношению к младенцу, который не является жизнеспособным, то есть способным к продолжению жизни после рождения. Поэтому чрезвычайно важно бывает установить жизнеспособность или нежизнеспособность ребенка. Нежизнеспособность ребенка может быть обусловлена лишь незрелостью, недоношенностью ребенка или такими пороками развития, которые делают невозможным внеутробное существование плода. Жизнеспособным считается младенец длиной свыше 35 см и весом не менее 1000 г. Такие данные установлены инструкцией Народного комиссариата здравоохранения СССР от 1 марта 1939 г. № 10 для родовспомогательных учреждений. Следовательно, плоды, имеющие данные ниже указанных, считаются нежизнеспособными.

Живорожденность. Насильственные действия со стороны матери могут быть также совершены и по отношению к ребенку, родившемуся мертвым, чего мать может и не знать. Но она, родив мертвого ребенка и оставив или скрыв его труп, может быть заподозрена в детоубийстве. Поэтому важно и необходимо бывает установить, родился ли ребенок живым или мертвым. Ребенок, родившийся живым, начинает дышать. Его легкие, находившиеся до рождения в спавшемся состоянии, расправляются, заполняя плевральные полости. Одновременно с дыхательными движениями ребенок начинает заглатывать воздух, который проникает в желудок и тонкие кишки, заполняя их.

в первые часы внутриутробной жизни ребенка. Для определения живорожденности ребенка применяют легочную и желудочно-кишечную пробы, основанные на доказательстве присутствия воздуха в легких, желудке и тонких кишках. Предложено определять присутствие воздуха в желудке и кишечнике рентгенографически.

Легочная проба. После предварительной перевязки дыхательного горла легкие выделяют из грудной полости и вместе с органами шеи и сердцем опускают в сосуд с чистой водой. Легкие дышавшего младенца плавают на поверхности воды, а недышавшего тонут. Так как ребенок мог дышать очень слабо, то легкие иногда расправляются и наполняются воздухом частично. Поэтому приходится испытывать на плавание и отдельные кусочки легких. Легочная проба имеет доказательственное значение только на свежих трупах. Легкие могут плавать при развитии в них гнилостных газов и у замерзших трупов.

Желудочно-кишечная проба. Желудок, перевязанный у входа и выхода, испытывается на плавание, так же как и отдельные петли тонких кишок. Положительный результат этой пробы на свежих трупах указывает на то, что ребенок жил после рождения. По степени наполнения кишечника воздухом можно до известной степени судить и о продолжительности внеутробной жизни ребенка. Отрицательные результаты обеих проб свидетельствуют о мертворожденности ребенка, о том, что ребенок не жил и не дышал.

Продолжительность внеутробной жизни ребенка устанавливается по ряду признаков, появляющихся после его рождения. К ним относятся изменение пуповины, родовой опухоли, состояние желудочно-кишечного тракта. К концу первых суток внеутробной жизни младенца у основания пуповины, на месте ее будущего отделения, появляется красноватая полоска, так называемая демаркационная линия. Пуповина начинает высыхать и на 4—10-й день отпадает. Родовая опухоль рассасывается и исчезает к концу первых суток, реже на вторые сутки.

В течение утробной жизни ребенка у него в толстых кишках постоянно накапливается первородный кал (меконий), который выделяется обычно в первые два, реже три дня и редко задерживается до четвертого дня внеутробной жизни младенца. В первые же часы после рождения в желудок и тонкие кишки начинает поступать заглатываемый ребенком воздух, заполняющий все тонкие кишки обычно в течение первых суток. Эти признаки дают возможность довольно точно определить продолжительность внеутробной жизни, особенно в первые дни после рождения.

§ 111. Причины смерти новорожденных

Смерть младенца может быть ненасильственной и насильственной.

Ненасильственная смерть младенца может наступить до родов, в утробе матери, во время родов и после родов от разнообразных причин, зависящих от матери или самого плода.

Смерть младенца до родов может быть обусловлена болезнями матери (острые и хронические инфекционные заболевания, болезни почек, пороки сердца и другие), травмами матери в конце беременности, острыми отравлениями матери. Со стороны плода причинами, приводящими к смерти, могут быть многоплодие, пороки развития (уродство) плода и перенашивание плода. Кроме того, смерть плода может быть обусловлена неправильным расположением и преждевременным отслоением детского места, обвитием пуповины вокруг плода и рядом других причин.

Во время родов смерть плода может быть обусловлена этими же причинами и рядом других: узким тазом матери, слабой родовой деятельностью, неправильным положением плода, родовой травмой и т. д.

Смерть ребенка после родов может наступить от родовой травмы головы при сдавлении головки плода родовыми путями во время родов, от несовместимых с жизнью уродств и от так называемой асфиксии плода.

Во время родов наблюдается иногда так называемая родовая травма плода. При прохождении головки плода через родовые пути матери, особенно при несоответствии размеров головки и таза, головка плода сдавливается. При этом могут возникать трещины костей черепа, надрывы мозговой оболочки, кровоизлияния в полость черепа и смерть. Такие повреждения могут иногда быть приняты за повреждение головки тупыми предметами. При оказании помощи роженице, особенно при неправильных, патологических родах, также могут наблюдаться повреждения плода: разрывы шейных мышц, переломы ключицы, плечевых и бедренных костей, позвоночника, разрывы селезенки, печени с кровоизлиянием в брюшную полость. Это необходимо учитывать при судебно-медицинском исследовании трупов новорожденных младенцев.

Особо следует отметить повреждения плода при самопомощи роженицы во время родов. Такие повреждения наблюдаются в случаях, когда женщина, обычно первородящая, рождает одна, без посторонней помощи. Во время родов, при прорезывании головки плода в половой щели, роженица схватывает плод за головку, пытаясь помочь себе, вытягивает плод и при этом наносит иногда тяжелые, даже смертельные повреждения, бес-

сознательно умерщвляя ребенка. Повреждения при самопомощи во время родов могут быть в виде ссадин от ногтей на коже лица, шеи, слизистой полости рта. Изредка наблюдаются разрывы углов рта и более тяжелые повреждения. Сдавление шеи ребенка при самопомощи может привести к смерти от удушения руками.

Повреждения как следствие родовой травмы и самопомощи имеют важное судебномедицинское значение, так как могут быть приняты неопытными экспертами за повреждения, нанесенные умышленно с целью убийства младенца.

Насильственная смерть новорожденного младенца встречается в виде убийства его матерью во время или вскоре после родов, то есть преступления, квалифицируемого как детоубийство.

В капиталистических странах (так же, как и в дореволюционной России) детоубийство — частое явление, причинами которого являются бесправное положение женщины, материальная необеспеченность, тяжелое положение женщины, родившей внебрачного ребенка, издевательство и травля ее со стороны окружающих.

В Советской стране женщина пользуется всеми правами. Материнство обеспечивается в нашей стране широко развернутыми мероприятиями по охране материнства и младенчества. Советское законодательство о браке, семье и опеке, охрана труда и отпуск беременным, социальное страхование, бесплатная лечебная помощь, ясли, детские сады и, наконец, Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г., устанавливающий, что, «если одинокая мать пожелает поместить в детское учреждение рожденного ею ребенка на воспитание, детское учреждение обязано принять ребенка на содержание и воспитание полностью за государственный счет» (ст. 4), — все эти мероприятия ликвидировали экономические и социальные причины детоубийства в Советском Союзе. Этот вид преступления неустанно снижается.

Нужно иметь также в виду, что иногда детоубийство совершается матерью в состоянии остро развившегося душевного заболевания. В таких случаях требуется судебнопсихиатрическая экспертиза.

Различают активное и пассивное детоубийство. При пассивном детоубийстве мать не применяет никаких насильственных действий по отношению к ребенку, оставляя его без помощи, и ребенок умирает обычно от охлаждения. При активном детоубийстве мать прибегает к различным насильственным действиям для лишения жизни ребенка. Способы умерщвления его различны, чаще, однако, встречаются различные способы механического задушения (рис. 155—156).

Закрытие дыхательных отверстий носа и рта руками, тряпками, различными мягкими предметами.

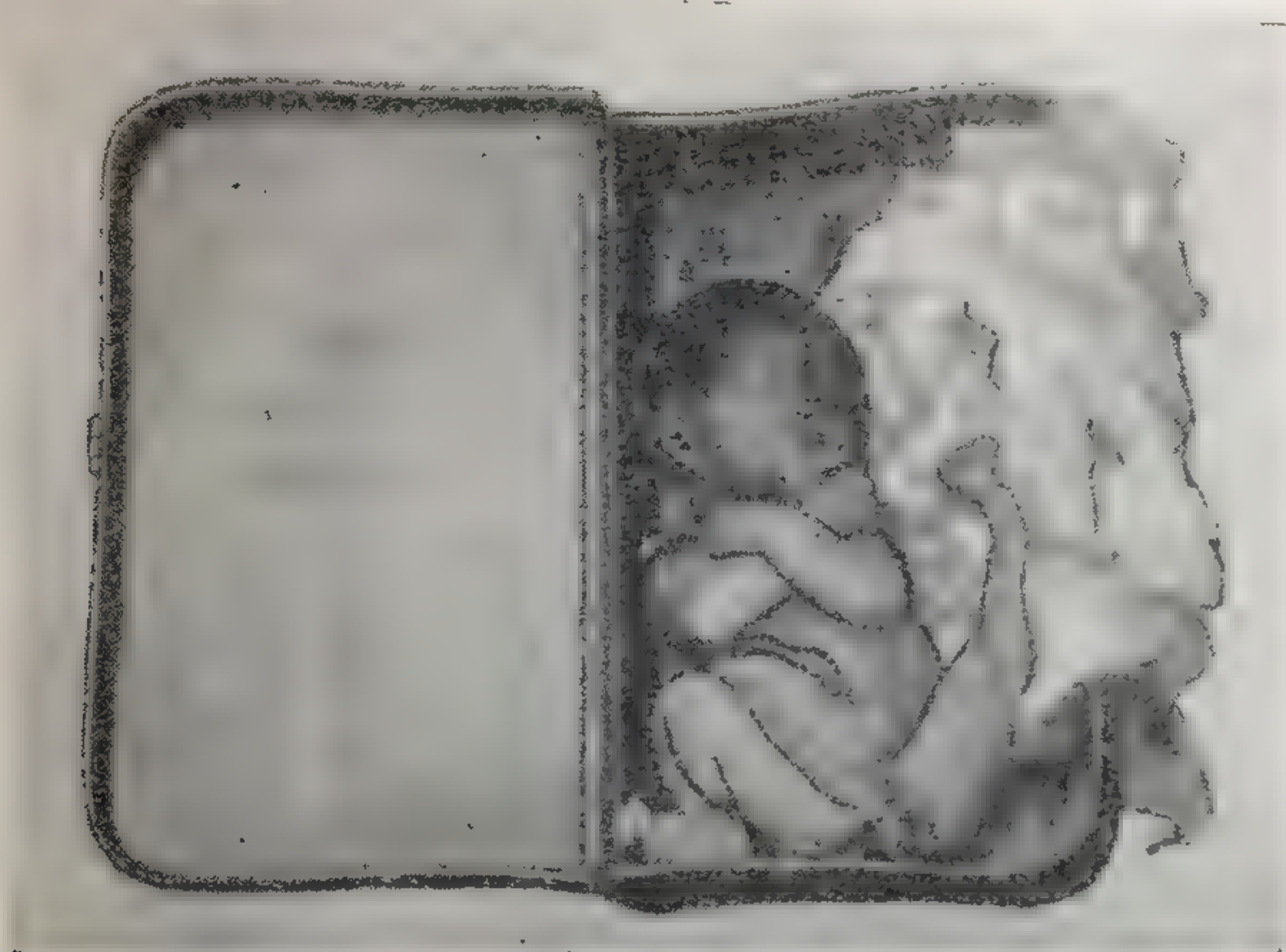


Рис. 155. Труп новорожденного в чемодане. Детоубийство

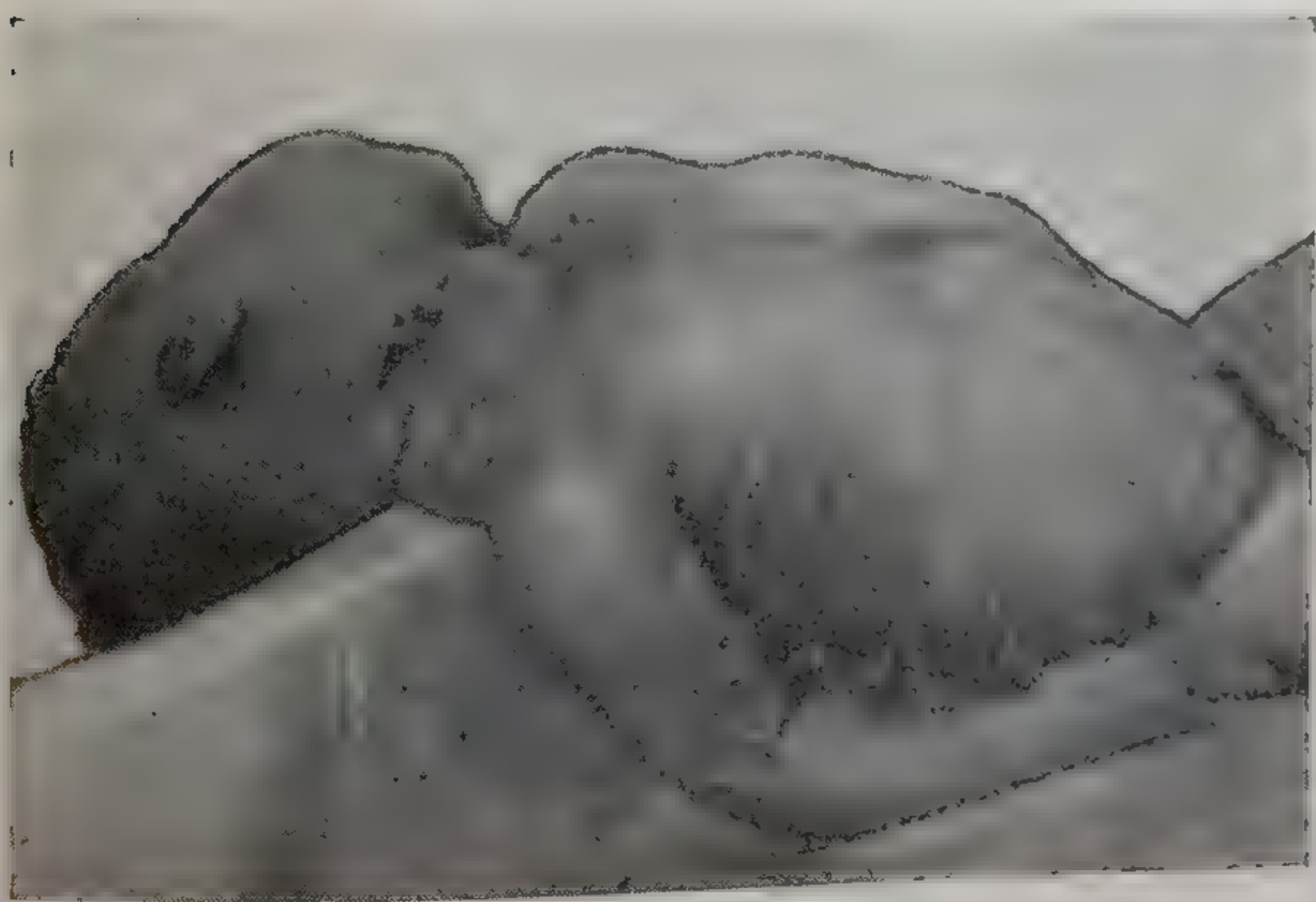


Рис. 156. Удушение руками. Детоубийство

Закрытие дыхательных путей инородными предметами — комками бумаги, тряпками, камешками, кусками угля.

Удушение руками. При этом способе могут оставаться на шее следы от давления ногтей, ссадины, кровоподтеки, но

они могут и отсутствовать. Следует помнить, что сдавление руками может быть и случайным при самопомощи во время родов.

Удавление петлей. Материалами для петли служат обычно находящиеся под руками предметы, части одежды. Иногда для сдавления используют пуповину.

Утопление. Утопление совершается в водоемах, выгребных ямах.

Из других способов детоубийства встречаются повреждения тупыми орудиями, главным образом головки, сдавление головы ребенка руками или ударами головкой о тупые предметы. Убийство ребенка острыми орудиями, колющими и режущими, встречается крайне редко. Иногда трупы новорожденных пытаются уничтожить: сжигают или расчленяют на мелкие части. Исследование отдельных частей трупа нередко может дать ответы на основные вопросы, возникающие при исследовании трупов новорожденных.

§ 112. Исследование выкидышей

Плод, выделившийся ранее шести календарных месяцев utробной жизни или имеющий длину менее 35 см и родившийся без признаков дыхания, относится к выкидышам. Выкидыш, следовательно, представляет собою не живший после рождения и не жизнеспособный плод.

На судебно-медицинское исследование направляются выкидыши, обнаруживаемые выброшенными в выгребных ямах, лестничных клетках и тому подобных местах. Иногда выкидыши обнаруживаются при обысках помещений у лиц, подозреваемых в производстве подпольных абортов. Такие находки являются серьезным доказательством производства абортов.

При исследовании выкидыша приходится разрешать те же вопросы, что и при исследовании трупов новорожденных. Определяются длина выкидыша, его вес, производится наружный осмотр и внутреннее исследование. Устанавливаются возраст плода, его жизнеспособность и мертворожденность. Особое внимание следует обращать на имеющиеся повреждения, которые могут указывать на характер вмешательства и способы, применявшиеся при плодизгнании.

Примеры:

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПА

4 октября 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры Н-ской области юриста 3-го класса Семенова от 3 октября 1959 г. в 10 часов при естественном освещении в морге г. Н. судебно-медицинский эксперт Николаев произвел судебно-медицинское исследование трупа младенца мужского пола, рожденного гр-кой К-ой Т. П. При вскрытии трупа присутство-

вали: следователь юрист 3-го класса Семенов и понятые Косарев И. П. и Тимофеев К. И., проживающие в д. № 7 по Р-ской улице.

Предварительные сведения

Родился 23 сентября 1959 г. в родильном доме № 31 с двухкратным обвитием пуповины вокруг шеи. Родился в белой асфиксии. Оживить его не удалось. Продолжительность родов 12 час. 50 мин (история родов № 1539).

Наружный осмотр: труп новорожденного мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Длина тела 54 см; вес 3700 г. Окружность головки 35 см, продольный диаметр 10,5 см, поперечный — 9 см. Большой косой — 13 см. Трупное окоченение отсутствует, общий цвет покровов тела бледно-сероватый. Покровы лица, шеи, боковые и задняя груди слева кожа мацерирована, покрыта серовато-белого цвета плесенью. Такая же плесень на губах, мошонке и в отверстиях ушей. В естественных складках кожи небольшое количество сыровидной смазки. Волосы на головке 1—1,5 см длиной. Ногти на пальцах рук заходят за концы пальцев, на пальцах ног доходят до концов. Яички опущены в мошонку. Хрящ носа и ушей эластичные. Глазные яблоки запавшие, дряблые, роговицы мутные, соединительная оболочка глаз красноватая, без экхимозов. Задний проход испачкан меконием. Пуповина отходит от середины живота длиной 3 см, перевязана марлевой тесьмой, желтоватого цвета, сухая, никакого покраснения и припухания кожи вокруг пупка нет. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедер диаметром 0,5—0,6 см. Каких-либо повреждений при детальном наружном осмотре не обнаружено.

Внутренний осмотр. Мягкие покровы шеи, груди, живота не повреждены. Подкожножировая клетчатка на животе до 0,4 см толщиной. Внутренние органы расположены правильно. Органы шеи перевязаны. Легкие, опущенные в воду вместе с сердцем и органами шеи, тонут. Правое легкое мясисто-сине-красного цвета, тонет в воде как целиком, так и его отдельные кусочки. Левое легкое местами розово-красного цвета, отдельные мелкие кусочки его плавают в воде, другие тонут. Во входе в гортань, в трахее, в крупных и мелких бронхах зеленовато-белая тягучая слизь, заполняющая их просвет. Под легочной плеврой местами точечные кровоизлияния. Желудок и тонкие кишки также тонут в воде. В желудке следы мутной жидкости и слизи. В тонких и толстых кишках желтоватый меконий. Сердце правильно развито, на поверхности его точечные кровоизлияния. В полостях сердца жидкая темная кровь. Овальное отверстие и Боталов проток открыты. Печень развита нормально, плотновата, на разрезах темно-красного цвета, полнокровная. В желчном пузыре несколько капель оливкового цвета жидкости. Поджелудочная железа темно-красного цвета. Надпочечники крупные, равномерного темно-красного цвета на разрезе. Селезенка развита нормально, плотная, темно-красного цвета на разрезе. Почки плотноваты, дольчатые, на разрезе темно-красного цвета. Мочевой пузырь пуст, слизистая его синюшна, мягкие покровы черепа сочные, красноватого цвета, не повреждены. В теменной области ограниченное серозное пропитывание тканей — родовая опухоль. Кости свода и основания черепа развиты нормально, не повреждены. Твердая мозговая оболочка полнокровна, в пазухах ее — жидкая кровь. Мягкая мозговая оболочка сочная, полнокровная. Вещество мозга дряблое, на разрезах сиреневого цвета. Мягкие покровы задней поверхности шеи и спины вдоль позвоночника не повреждены. Мозговая оболочка и вещество спинного мозга полнокровны. Ребра, кости таза и конечности не повреждены.

Судебномедицинский эксперт (НИКОЛАЕВ)

Понятые: (КОСАРЕВ, ТИМОФЕЕВ)

Следователь (СЕМЕНОВ)

Анатомический диагноз: внутриутробная асфиксия: слизь в просветах дыхательных путей; жидкая кровь в полостях сердца и пазухах твердой мозговой оболочки; экхимозы под эпикардом и плеврой. Врожденный ателектаз легких.

Заключение

Младенец мужского пола, новорожденный, зрелый, доношенный, рожден в конце 10 лунного месяца. По рождении не жил и не дышал. Смерть его последовала от внутриутробной асфиксии вследствие закрытия дыхательных путей первородной слизью. Каких-либо повреждений при вскрытии трупа не обнаружено.

Судебномедицинский эксперт (НИКОЛАЕВ)

АКТ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПА

21 мая 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры Н-ской области юриста 2-го класса Карпова от 20 мая 1959 г. в 9 часов при естественном освещении в патологоанатомическом отделении городской больницы судебномедицинский эксперт Зуев произвел судебномедицинское исследование трупа неизвестного младенца женского пола. При вскрытии трупа присутствовали следователь Карпов и понятые Трофимов и Яшин, проживающие по К-ской улице, д. № 3.

Предварительные сведения: труп младенца обнаружен в лесу гр-ном Ивановым К. Н., о чем последний сообщил в отделение милиции. Труп был завернут в женскую трикотажную голубого цвета шелковую сорочку, испачканную кровью.

Наружный осмотр: труп младенца женского пола, правильного телосложения, хорошего питания. Длина тела 42 см, вес 1950 г. Окружность головки 28 см, поперечный диаметр 6 см, продольный диаметр 8,9 см, большой кривой 10,5 см. От пупочного кольца отходит сочная, блестящая, влажная пуповина длиной 17 см с неровными краями. Изменения цвета пуповины у основания не отмечается, демаркационная линия отсутствует. Общий цвет кожных покровов синюшно-розовый, на спинке и затылке белый. Волосы на голове светло-русые, длиной 1 см. Глаза закрыты, роговицы мутные, определить цвет глаз не представляется возможным. Хрящи носа и ушей мягкие. Отверстия носа, рта и ушей свободные. Наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы не прикрывают малые. Кожа вокруг заднего прохода и внутренней поверхности бедер испачкана первородным калом. В естественных складках кожи — сыровидная смазка. Ногти на руках и ногах не достигают кончиков пальцев. Ядра окостенения в нижних эпифизах обеих бедер отсутствуют. Каких-либо повреждений и других особенностей при детальном наружном осмотре трупа не обнаружено.

Внутренний осмотр: мягкие покровы черепа влажные, красноватого цвета, не повреждены. В затылочно-теменной области по средней линии отмечаются отеки и пропитывание мягких тканей кровянистой жидкостью (родовая опухоль). Кости свода и основания черепа правильно развиты, не повреждены. Твердая мозговая оболочка напряжена, полнокровна. Под твердой мозговой оболочкой жидкая кровь, распространяющаяся от затылочно-теменной области к мозжечку и основанию мозга. У правого мозжечкового угла мозжечковый намет разорван на протяжении 0,7 см. Край разрыва неровный, пропитан кровью. Мягкая мозговая оболочка основания мозга пропитана кровью. Вещество мозга дрябловатое, мягкое, на разрезе полнокровно. Рисунок серого и белого вещества плохо различим. В же-

лудочках мозга незначительное количество красноватой жидкости. В мягких тканях груди и шеи кровоизлияний не обнаружено. Брюшная полость от жидкостей свободна. Расположение органов брюшной полости правильное. Плевральные полости свободные. Легкие темно-розового цвета, с закругленными краями, заполняют плевральные полости. Слизистая полости рта, зева, глотки — темно-красного цвета. Органы шеи отпрепарированы, перевязаны, в воду и плавают. Плавают также отдельные кусочки легких. Легкие с поверхности и на разрезе розового цвета, в трахее и бронхах — небольшое количество сероватого цвета слизи, слизистая их бледно-синюшная. Слизистая полости рта, зева, глотки, языка и пищевода бледно-розового цвета. В сердечной сорочке около 3 мл прозрачной жидкости. Сердце нормально развито, в полостях его рыхлые красные свертки крови. Боталов проток и овальное отверстие проходимы. Мышца сердца красного цвета. Желудок, перевязанный у входа и выхода, погруженный в чистую прохладную воду, плавает на поверхности. В желудке незначительное количество мутноватой слизи, слизистая его розового цвета. Петли тонких кишок тонут в воде. Толстые кишки в нижнем отделе заполнены первородным калом (меконием). Печень развита нормально, на поверхности и на разрезе темно-красного цвета. В желчном пузыре темно-зеленого цвета желчь. Поджелудочная железа дряблая, розового цвета. Селезенка плотная, на разрезе темно-красного цвета. Почки на разрезе синюшно-красного цвета с хорошо выраженным рисунком коркового и мозгового вещества. Под капсулой поверхность почек дольчатая. Мочевой пузырь пустой, слизистая его бледная. Надпочечники плотные, сочные, мозговой слой коричневого цвета, распадается. Щитовидная железа темно-красного цвета. Ребра, позвоночник и кости таза не повреждены. Вещество и оболочки спинного мозга розового цвета.

Судебномедицинский эксперт (ЗУЕВ)

При исследовании присутствовали: (КАРПОВ, ТРОФИМОВ, ЯНШИН)

Патологоанатомический диагноз: разрыв правого мозжечкового намета, кровоизлияние под твердую и мягкую мозговые оболочки; полнокровие внутренних органов; родовая опухоль затылочно-теменной области.

З а к л ю ч е н и е

Младенец женского пола, новорожденный, незрелый, недоношенный, но жизнеспособный, рожден в начале 9-го лунного месяца. По рождении дышал непродолжительное время. Смерть его последовала от кровоизлияния в оболочки мозга вследствие разрыва мозжечкового намета.

Судебномедицинский эксперт (ЗУЕВ)

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫКИДЫША

2 сентября 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры Н-ского района г. Р. юриста 2-го класса Андреева от 30 августа 1959 г. мной, судебномедицинским экспертом бюро судебномедицинской экспертизы г. Р. Шуваловым М. И., произведено судебномедицинское исследование человеческого плода в присутствии понятых Пичугина и Семенова К. М., проживающих по П-ской ул., д. № 2.

Обстоятельства дела

Человеческий плод обнаружен во дворе дома № 6/8 по Капитальному переулку дворником этого дома. Плод был завернут в белую тряпку, испачканную кровью.

Н а р у ж и н ы й о с м о т р: человеческий плод мужского пола без резко выраженных гнилостных изменений. Длина плода 18 см, вес — 230,0 г. Развитие правильно, пороков развития не обнаружено. Покровы влажные, темно-красного цвета. Пуповина тонкая, сочная, темно-красного цвета, длина 9 см, конец её неровный. Каких-либо повреждений плода не обнаружено, а также пороков развития.

Судебномедицинский эксперт (ШУВАЛОВ)

Понятые: (ПИЧУГИН, СЕМЕНОВ)

З а к л ю ч е н и е

Человеческий плод рожден в начале 5-го лунного месяца, является выкидышем, абсолютно нежизнеспособный.

Судебномедицинский эксперт (ШУВАЛОВ)

ЧАСТЬ ПЯТАЯ
СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
(ЭКСПЕРТИЗА)
ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

ГЛАВА XXVII
СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

§ 113. Общие данные. § 114. Порядок исследования вещественных доказательств. § 115. Исследование следов крови. § 116. Исследование волос. § 117. Исследование семенных пятен. § 118. Другие объекты исследования

§ 113. Общие данные

Помимо исследования трупов и живых лиц, судебномедицинская экспертиза занимается еще исследованием предметов, имеющих отношение к расследованию происшествия, так называемых вещественных доказательств. Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР (ст. 66) определяет вещественные доказательства как предметы, которые служили орудиями совершения преступления, сохранили на себе следы преступления или которые были объектами преступных действий обвиняемого, а также все иные предметы и документы, которые могут служить средством к обнаружению преступления и открытию виновных. Вещественными доказательствами, следовательно, могут быть разнообразные предметы.

Орудия, которыми нанесены повреждения, например, огнестрельное оружие, боеприпасы, части их, то есть пули, гильзы, порох и его остатки, острые орудия, ножи, топоры.

Различного рода прокладки, через которые производился выстрел для сокрытия следов близкого выстрела, например, рукавицы, котелки, доски, буханки хлеба.

Инородные предметы, обнаруженные в ране, в частности, части маскирующих близкий выстрел прокладок (кусочки дерева, хлеба, алюминия от котелков и т. п.), частички оболочек запала, осколки мин, снарядов.

Деревянные предметы — колоды, поленья, чурки, колышки и тому подобные предметы при сомнительном происхождении ранений острыми рубящими орудиями.

Одежда со следами близкого выстрела, различного рода повреждениями или пятнами, подозрительными на кровь, на семенную жидкость.

Следы, подозрительные на кровь, обнаруживаемые на месте преступления, на одежде и предметах, принадлежащих заподозренному в совершении преступления.

Отстреленные или отрубленные части тела, кусочки ткани органов, обнаруживаемые на различных предметах, например, на автомашине.

Волосы на орудиях преступления, руках, одежде жертвы или подозреваемого, на месте обнаружения трупа.

Жидкости, порошки, части растений, остатки пищи, пустая посуда при подозрении на отравление или вызывание искусственной болезни.

Следы ног человека, животных, транспортных средств.

Документы, штампы, печати и многочисленные другие предметы и следы.

Одни предметы могут сами по себе являться вещественными доказательствами, другие становятся ими только после всестороннего специального исследования экспертом. Вещественные доказательства могут обнаруживаться при различных обстоятельствах, главным образом и прежде всего при осмотре места происшествия, затем при осмотре преступника, его жилища, одежды. Чтобы обнаруженные предметы могли явиться вещественными доказательствами, необходимо их прежде всего обнаружить, затем правильно изъять, упаковать, выяснить, какому исследованию необходимо их подвергнуть, правильно отправить и исследовать их в соответствии с правилами.

Соблюдать все правила необходимо для того, чтобы иметь полную гарантию в том, что изъят, направлен и подвергнут исследованию именно тот предмет, который был обнаружен при соответствующих обстоятельствах. Требуется, следовательно, правильно процессуально оформить вещественные доказательства. Последние могут требовать не только судебно-медицинского исследования, но и других специальных исследований: технического, криминалистического, судебнохимического и т. д.

В ряде случаев возникает необходимость совместного исследования вещественных доказательств, например, судебно-медицинским экспертом и экспертом-криминалистом или судебным химиком. Такое исследование может быть произведено последовательно — вначале одним специалистом, затем другим — или же совместно. Ниже будут рассмотрены исследования тех вещественных доказательств, которые являются объектом судебно-медицинского исследования. В большинстве случаев дело идет о выявлении следов, частичек органов, тканей или выде-

лений, о доказательстве их происхождения от человека, а иногда животных и о решении ряда других вопросов.

Исследование вещественных доказательств производит опытные специалисты, судебно-медицинские эксперты, специализированные в области исследования вещественных доказательств, в судебно-медицинских лабораториях, в областных или краевых бюро судебно-медицинской экспертизы. В Центральном научно-исследовательском институте судебной медицины Министерства здравоохранения СССР производятся повторные и особо сложные экспертизы вещественных доказательств.

§ 114. Порядок исследования вещественных доказательств

Вещественные доказательства исследуются в определенно установленном порядке. При поступлении объектов для исследования в лабораторию эксперт, производящий исследование, знакомится с присланными документами, затем осматривает упаковку. Состояние последней описывается в протокольной части акта исследования вещественных доказательств. При осмотре проверяется состояние печатей, обвязки, упаковки последовательно снаружи внутрь. Нарушение целостности печати, обвязки или упаковки отмечается в протоколе, так же как и сохранность их.

Затем вещественные доказательства извлекают из упаковки, описывают их состояние: внешний вид, последовательный ход исследования объекта с указанием всех тех действий, которые производил эксперт, и всех обнаруженных особенностей. После окончания исследования эксперт составляет заключение.

Акт исследования вещественных доказательств содержит введение, описательную часть и заключение. Вещественные доказательства после их исследования возвращаются обратно, если только нет специальной договоренности между следователем и экспертом об оставлении вещественных доказательств в архиве или в качестве экспоната для музея.

Остающиеся в лаборатории вещественные доказательства должны сохраняться по крайней мере год и уничтожаться только с разрешения следователя и с составлением об этом специального акта.

Как уже было сказано, вещественные доказательства необходимо прежде всего уметь обнаружить на месте происшествия.

Обнаружение вещественных доказательств на месте происшествия иногда не представляет особых трудностей. Но нередко обнаружение их требует тщательного и кропотливого осмотра места происшествия, отдельных предметов, одежды, вещей преступника и т. д.

Осмотр места происшествия для обнаружения вещественных доказательств нужно проводить по существующим правилам тщательным образом. Желательно пользоваться при этом лупой. Обнаружение некоторых следов, например крови, особенно небольших количеств ее на темных предметах, представляет известные трудности. Обнаруженные при осмотре предме-

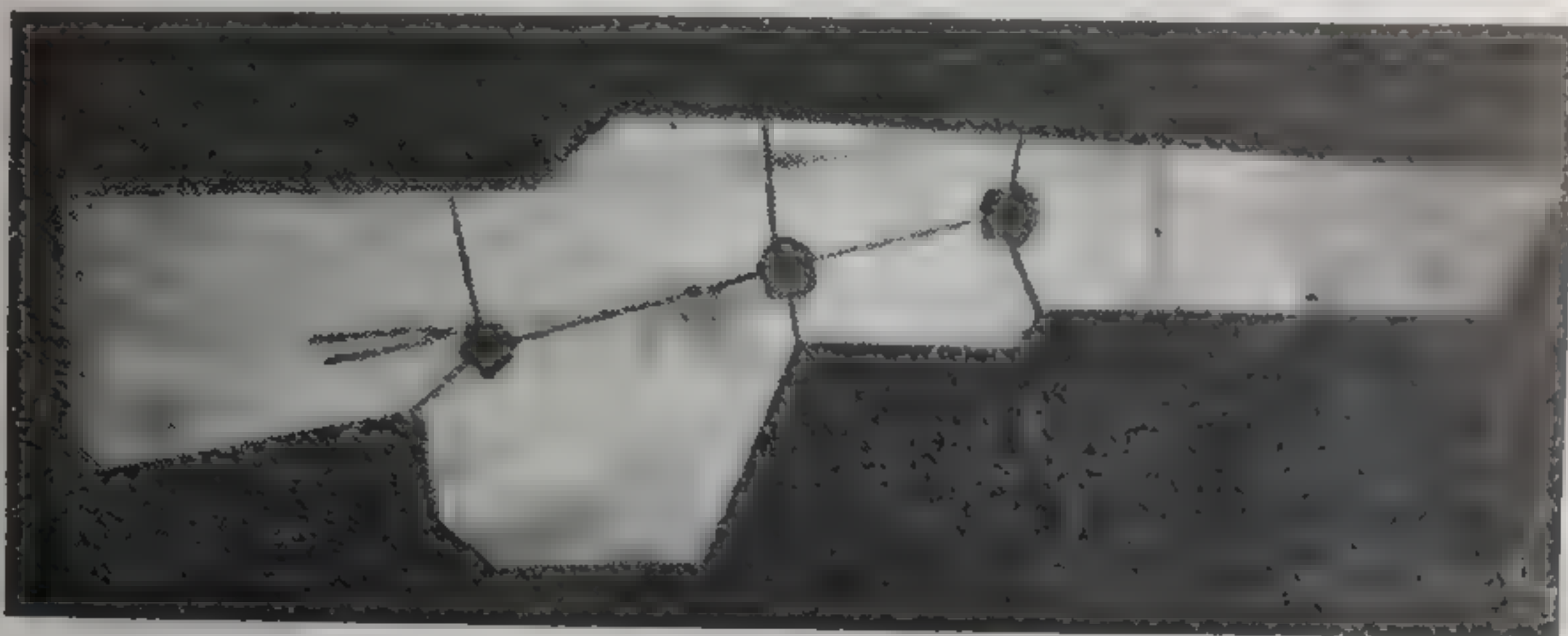


Рис. 157. Правильная упаковка вещественного доказательства (оружия)

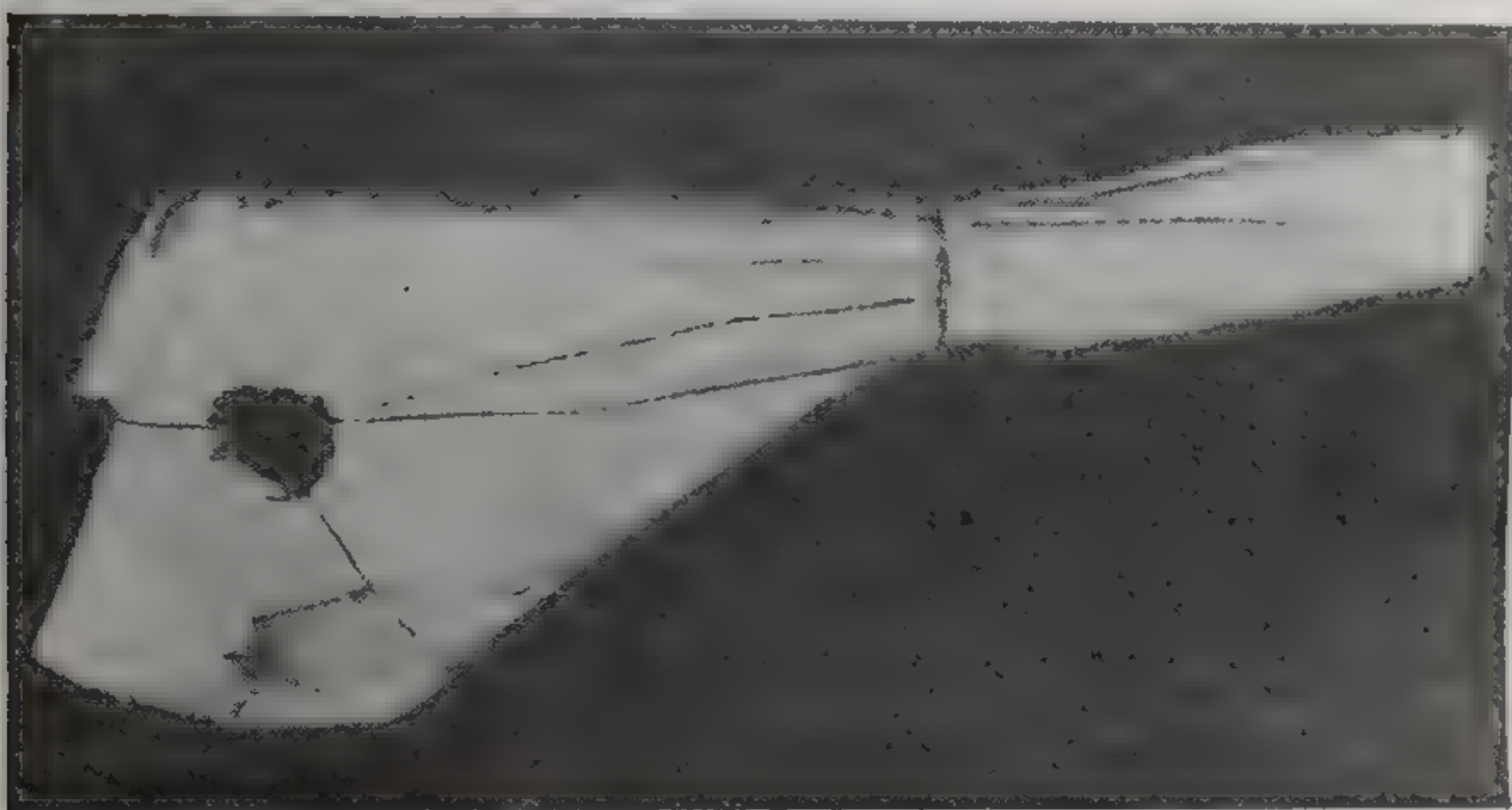


Рис. 158. Неправильная упаковка вещественного доказательства, позволяющая вскрыть ее без нарушения целостности печати

с различными следами должны быть изъяты с указанием, где они обнаружены, при каких обстоятельствах и что явилось основанием для изъятия предмета. Все это должно быть подробно записано в протоколе осмотра места происшествия. В акте необходимо указать, куда и с какой целью предмет изымается, например, для приобщения к делу, для направления на судебно-медицинскую, криминалистическую или судебно-химическую экспертизу.

Предмет, который необходимо направить для специального исследования, должен быть соответствующим образом упакован, в зависимости от его качества и свойств. Одни предметы

можно прямо свернуть, завернуть в чистую бумагу или кусок материи, обвязать так, чтобы обвязка не могла быть снята без

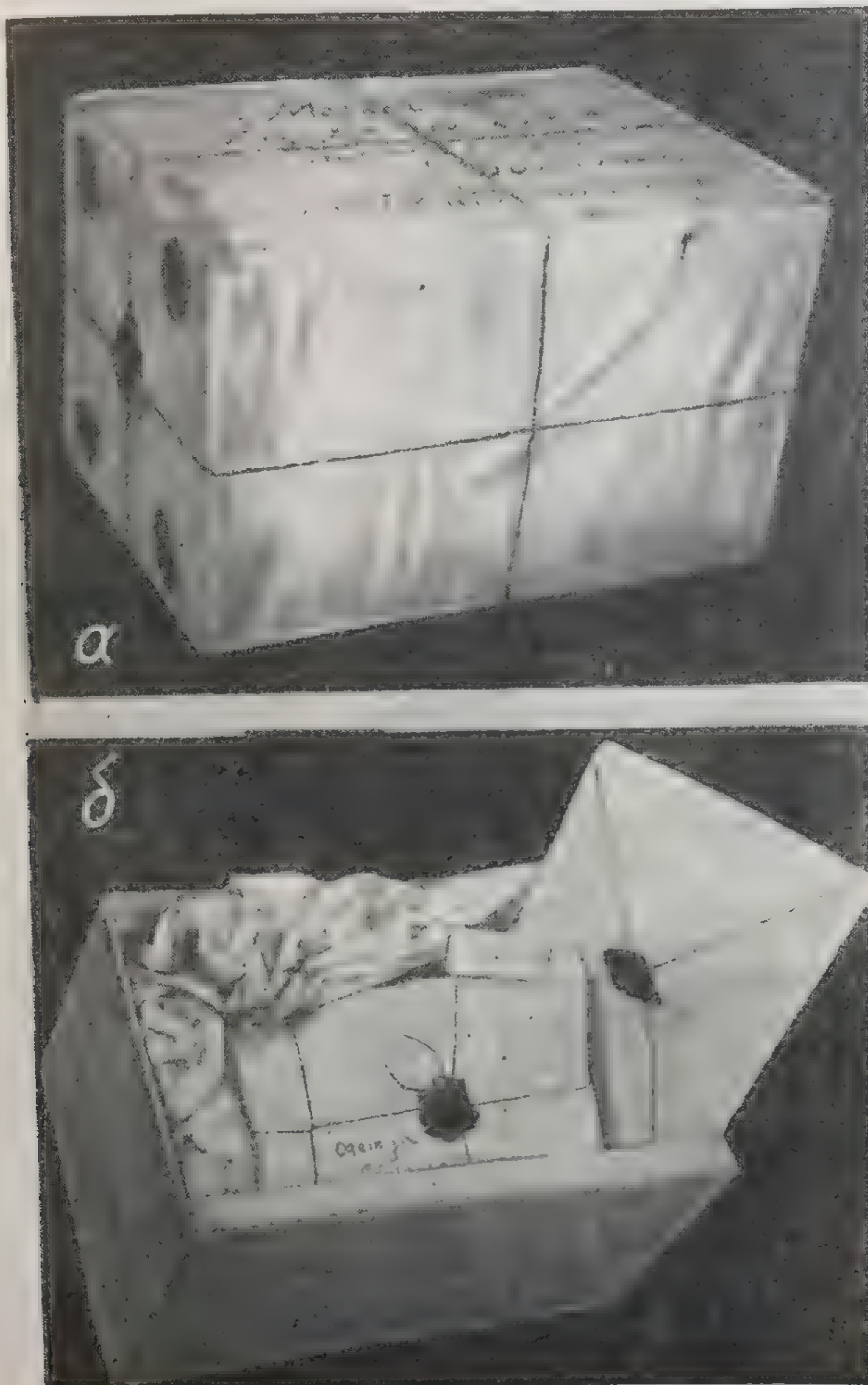


Рис. 159. а) Правильная упаковка и опечатывание ящика с вещественными доказательствами; б) Та же упаковка вскрытая

нарушения целостности печати, опечатать сургучной печатью и направлять для дальнейшего исследования. Другие — требуют особой упаковки: стеклянная посуда, пробирки, банки. Иногда

такие предметы для пересылки необходимо упаковывать в материю или деревянные ящики, принимать меры предосторожности для того, чтобы они не разбились, то есть меры к сохранности их, и затем уже в таком тщательно упакованном виде направлять в лабораторию (рис. 157—159 а, б).

Вместе с объектами, подлежащими исследованию, обязательно должны быть направлены и сопроводительные документы. К ним относятся: 1) сопроводительное отношение, в котором указывается, какие именно объекты, где и для чего изъяты, кому и с какой целью направляются; 2) протокол осмотра места происшествия, осмотра и упаковки вещественных доказательств; 3) постановление о назначении экспертизы с кратким указанием обстоятельства дела, что посылается для экспертизы и какие вопросы надлежит решать экспертизе. Нельзя ни в каком случае направлять вещественные доказательства с краткими отношениями без каких бы то ни было сведений.

Места, подлежащие исследованию на объектах, необходимо отметить, где это возможно, обшив их белыми или черными нитками с нумерацией. Если это невозможно сделать, то в описании следует указать, на какие части предмета нужно обратить внимание и произвести исследование.

§ 115. Исследование следов крови

Наиболее частым объектом исследования являются следы крови на различных предметах, обнаруживаемые при их осмотре. В одних случаях следы крови на месте происшествия не составляют сомнения в происхождении, настолько ясен бывает источник их, например, когда обнаруживаются большие лужи крови около трупа с повреждениями. В этих случаях не требуется доказывать кровяного происхождения луж. Но нередко следы крови бывают сомнительными в смысле их происхождения, неясными и в ряде случаев настолько непохожи на кровь, что требуется проводить специальное исследование, чтобы подтвердить кровяное происхождение следов и доказать происхождение их от крови человека или животного.

Следы крови, особенно небольшие, быстро подвергаются изменениям под влиянием света, температуры, гниения и становятся непохожими на кровь. Они принимают буроватую, бурокоричневую или даже зеленоватую окраску, особенно при гниении крови. В таких случаях неопытный следователь может легко просмотреть кровяные следы, не приняв их за кровь. Иногда за следы крови могут быть приняты следы других веществ,

например, ржавчина, помарки от соков, ягод, фруктов, краски. Иной раз эти следы могут выглядеть настолько похожими на кровь, что опять-таки возможна ошибка при их обнаружении. Следователь может не принять мер к сохранению и главное исследованию таких следов, считая их бесспорно кровяными. Этого нужно остерегаться.

Трудности отыскивания следов крови заключаются иной раз еще и в том, что преступник стремится уничтожить их, для чего он моет предметы, стирает. В таких случаях нужно тщательно осматривать те места, куда кровь могла попасть и сохраниться. Это относится к различного рода углублениям, например, щелям в полу, около карнизов, к швам одежды и другим таким же участкам, которые должны быть особенно тщательно осмотрены и подвергнуты исследованию.

Так как след крови может быть частично уничтожен или неясно выглядеть на различных предметах с темной поверхностью, например на темной материи, то, прежде чем произвести исследование

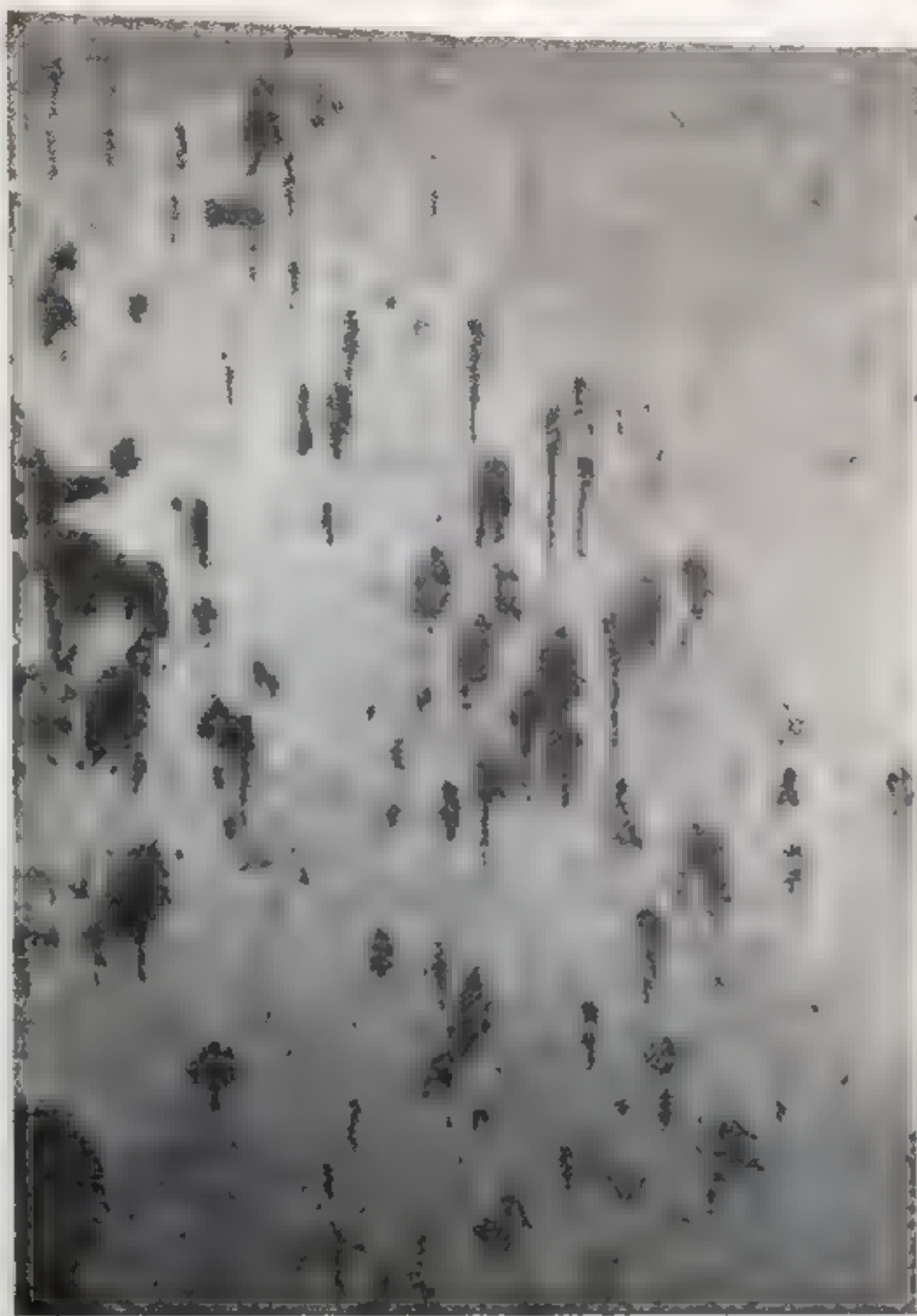


Рис. 160. Брызги и потеки крови на стене



Рис. 161. Следы крови на месте происшествия

в лаборатории, предварительно подвергают такие объекты исследованию в ультрафиолетовых лучах. При освещении кварцевой лампой участки, содержащие кровь, остаются темными, не дают собственного свечения. Такие участки отмечаются и в дальнейшем подвергаются уже исследованию. Важное значение имеет форма кровяных следов на месте происшествия.

Кровяные следы могут быть в виде брызг, потеков, отпечатков (рис. 160—162).

При повреждении тканей и органов человеческого тела кровеносные сосуды разрываются, кровь из них может разбрызгиваться (из артерии), иногда с большой силой и на значительные расстояния. Отдельные капли крови при этом попадают на окружающие предметы. Разбрызгивание крови может происходить также и от рассеивания кровяных каплей при сильных ударах какими-нибудь предметами, вызывающими обширные повреждения, например при ударах обухом топора. При этом рассеиваться могут не только капли крови, но и со-



Рис. 162. Брызги крови

сочки тканей и органов, например вещество мозга. Эти вещества также могут быть обнаружены на различных предметах.

Капли крови, падая на поверхность, образуют на ней различной формы следы, в зависимости от того, как капля падала по отношению к поверхности. Если капля падала перпендикулярно к поверхности и с небольшой высоты, то она оставляет след в виде кружочка. Падение с большой высоты сопровождается отдельными выпячиваниями по краям кружочка или разбрызгиваниями, и капля принимает звездчатую форму. Если капля падает под углом к поверхности, то она образует след

в виде восклицательного знака, обращенного острым концом в сторону падения (рис. 162). Форма брызг указывает на то, как падали капли. Следовательно, по их форме и направлению мы можем выяснить положение жертвы в момент получения повреждения. Более крупные капли, а также струйки крови, попадающие на поверхность, затем стекают по этой поверхности вниз, образуя следы, называемые потеками крови. Верхняя половина этого следа бывает значительно светлее нижней вследствие того, что кровь стекает и засыхает в нижней части более толстым слоем.

В тех случаях, когда запачканные кровью предметы вытираются о полотенца, тряпки и т. п., остаются следы, называемые помарками крови. Они не имеют уже определенной формы, но могут содержать иногда порядочное количество крови. Наконец, кровяные следы могут представлять собой отпечатки предметов, а также окровавленных пальцев или рук. Преступник, запачкавший руки в крови, или жертва с окровавленными руками

могут братья за различные предметы, оставляя на них следы в виде отпечатков, иногда с явственными папиллярными узорами, позволяющими идентифицировать преступника.

Изъятие следов крови. Следы крови на небольших предметах следует направлять вместе с этими предметами. Если их изъять нельзя, например, дверка шкафа, стена, бревно, то необходимо изъять либо только следы, либо след с частью этого предмета, если имеется возможность выделить часть. Например, с бревна можно вырубить, выпилить или состругать вместе со следами крови кусочек его, принимая меры к тому, чтобы, конечно, не повредить самого следа. С тех предметов, где нельзя удалить часть их, кровяной след приходится переносить. Для этого пользуются листом чистой фильтровальной бумаги, которую следует смочить водой, наложить на след и пригладить или прижать к нему. Кровяной след переходит на бумагу, которая затем высушивается и направляется для исследования. Однако не всегда удается перенести таким образом след на бумагу. Иногда приходится прибегать к соскабливанию следов крови на чистую бумагу. Из последней потом делается конвертик с соскобом и надписью, что он содержит, и в таком виде упакованный, запечатанный конверт пересылается для исследования.

Следы крови на снегу изымаются вместе со снегом и кладутся на чистую вымытую фарфоровую тарелку. Снег растворяется при обычной комнатной температуре. В полученную жидкость кладется несколько слоев чистой марли, впитывающей эту жидкость. Марля затем высушивается и в таком виде направляется для исследования.

Изъятые объекты с подозрительными на кровь следами направляются в дальнейшем на исследование в судебно-медицинскую лабораторию. Окровавленная одежда до пересылки ее на исследование должна быть высушена.

При исследовании следов крови приходится разрешать обычно следующие вопросы: чем образован подозрительный след — кровью или нет; кому принадлежит кровь — человеку или животному, какому именно животному; затем иногда приходится устанавливать возможность происхождения крови от определенного лица. В некоторых случаях возникает вопрос о том, из какой части тела происходит кровь (из носа, влагалища). Иногда ставят вопрос о давности кровяного следа.

Установление кровяного происхождения пятна. Исследование крови ведется по двум направлениям: отыскиваются форменные элементы крови (красные кровяные шарики) и доказываются присутствие в объекте кровяного пигмента — гемоглобина. Если в присланном объекте находят красные кровяные шарики или кровяной пигмент — гемоглобин, то этим доказываются, что

данный след образован кровью. Красные кровяные шарики можно находить только в сравнительно свежих объектах, свежих кровяных следах. Под влиянием высыхания и света кровяные шарики быстро изменяются, сморщиваются, разрушаются, и уже нельзя обнаружить присутствие их в кровяном пятне. Обнаружение красных кровяных шариков является бесспорным доказательством кровяного происхождения пятна.

В некоторых случаях по наличию ядра в красных кровяных шариках можно отрицать происхождение крови от человека. Так, красные кровяные шарики овальной формы и с ядром бывают у рыб и птиц, но не у млекопитающих и не у человека.

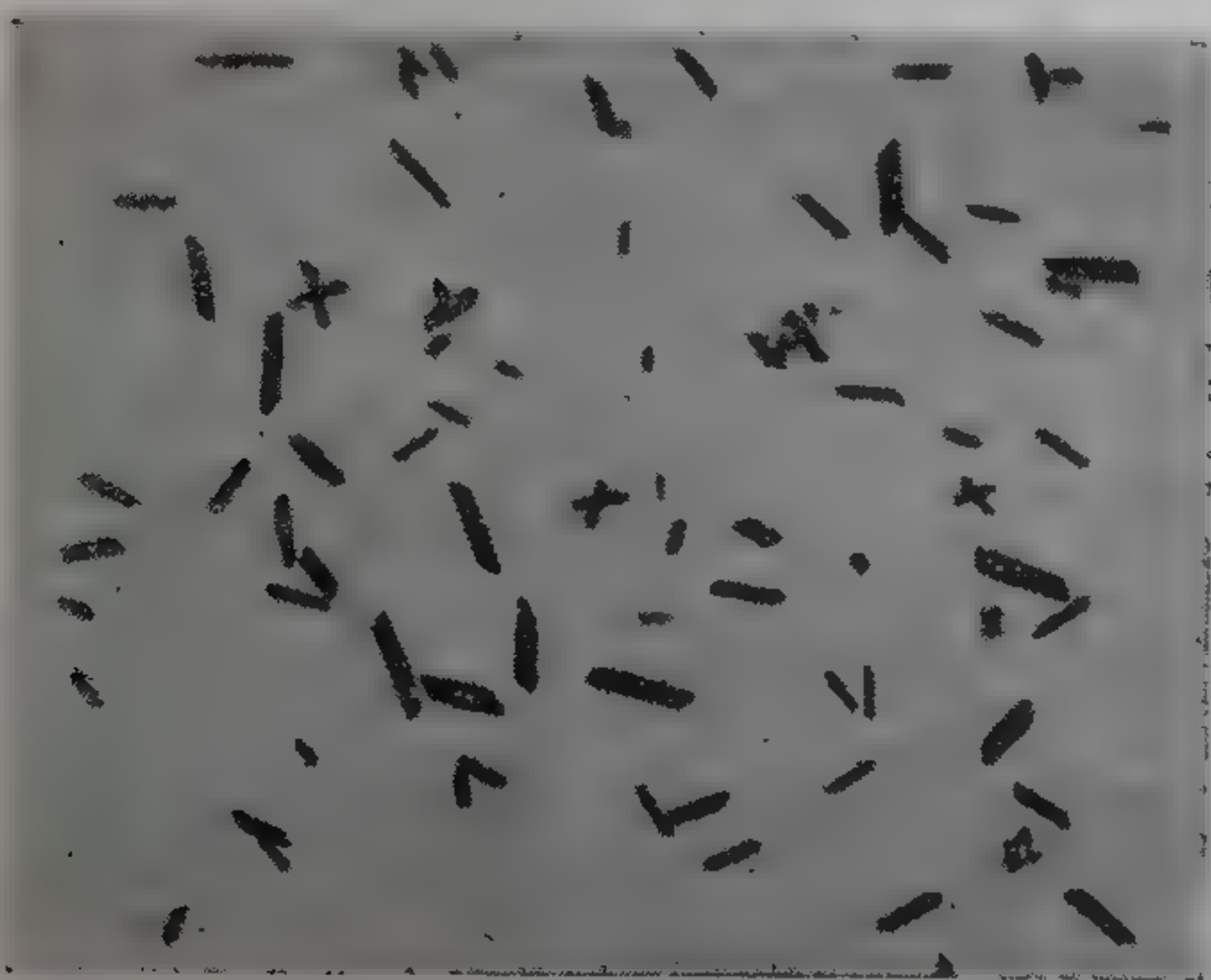


Рис. 163. Кристаллы солянокислого гемина

Значительно чаще приходится доказывать присутствие в подозрительном на кровь объекте кровяного пигмента — гемоглобина или продуктов его превращения. Для этой цели пользуются либо микрокристаллическими пробами, либо спектральным исследованием. Микрокристаллическое исследование заключается в получении из кровяного пигмента особых кристаллов солянокислого гематина (рис. 163). С исследуемого пятна острым ножиком на предметное стекло соскабли-

вается несколько крупинок, которые затем измельчаются в порошок. К нему добавляется маленький кристаллик поваренной соли и капелька или две ледяной уксусной кислоты. Все это накрывается тонким покровным стеклышком и подогревается на пламени горелки до появления пузырьков. После этого препарат переносится под микроскоп и рассматривается. В случае присутствия в исследуемом объекте крови под покровным стеклом можно видеть большое количество кристаллов в виде ромбических табличек буровато-красного цвета. Эти кристаллы — продукты особого превращения гемоглобина — солянокислого гематина или гемина. Получение кристаллов гемина не всегда возможно, особенно в старых пятнах при разрушении гемоглобина.

Спектральное исследование. При исследовании крови в настоящее время всегда пользуются спектральным исследованием, которое представляет собой чрезвычайно точный метод исследования и позволяет давать положительные ответы в случаях,

когда имеется особая картина спектра. Спектральное исследование производится при помощи особого прибора — спектроскопа. Небольшое количество крови исследуют при помощи микроспектроскопа, то есть спектроскопа, соединенного с микроскопом.

Сущность спектрального анализа заключается в следующем. Если пропускать через спектроскоп луч солнечного света, то он, проходя через призмы, заключенные в спектроскопе, распадается на ряд составных цветов, которые располагаются всегда в строго определенном порядке, слева направо, в такой последовательности: красный, оранжевый, желтый, зеленый, голубой, синий и фиолетовый. Эти цвета представляют собой видимую часть спектра. Если между источником света и щелью спектроскопа поместить очень слабый раствор крови слегка розового цвета, то можно увидеть появление в спектре особых темных полос — полос поглощения.

В зависимости от состояния кровяного пигмента темные полосы будут отличаться как по расположению, так и по количеству и величине, но они будут всегда строго определенными для данного продукта превращения гемоглобина. Спектр кровяного пигмента, оксигемоглобина, имеет две полосы поглощения в желто-зеленой части спектра, между фраунгоферовыми линиями Д и Е. Особые полосы поглощения наблюдаются при отравлениях кровяными ядами, например, окисью углерода (карбоксигемоглобин), бертолетовой солью (метгемоглобин).

Если кровь подверглась длительному внешнему влиянию, высыханию, действию солнечных лучей, гниению, то измененный кровяной пигмент при спектральном исследовании, иногда после специальной обработки — кислотами, щелочами, дает особые полосы поглощения, характерные именно для этого продукта превращения гемоглобина. Такие изменения спектра строго специфичны для кровяного пигмента и продуктов его превращения. Поэтому, наблюдая ту или иную картину спектра, судебно-медицинский эксперт имеет возможность с уверенностью дать положительный ответ о кровяном происхождении пятна. Выделять следы крови при помощи перекиси водорода не рекомендуется, так как это может привести к порче объектов, не давая никаких положительных результатов.

Видовое определение крови. В тех случаях, когда речь идет об установлении принадлежности крови из пятна человеку или животному, пользуются особой биологической реакцией Чистовича — Уленгута. Эта реакция сложна, очень чувствительна и требует известного опыта для ее проведения. Ею пользуются в судебно-медицинской практике. Для этой реакции требуются особые сыворотки, которые заготавливаются в специальных лабораториях и рассылаются по требованиям.

Чтобы с уверенностью ответить на вопрос о видовой принадлежности крови, эксперт должен провести ряд исследований и поставить многочисленные контрольные опыты, после чего может быть сделан вывод.

Большая чувствительность реакции Чистовича требует тщательного контроля для того, чтобы исключить возможность ошибок. На рис. 164 показана постановка реакции Чистовича.

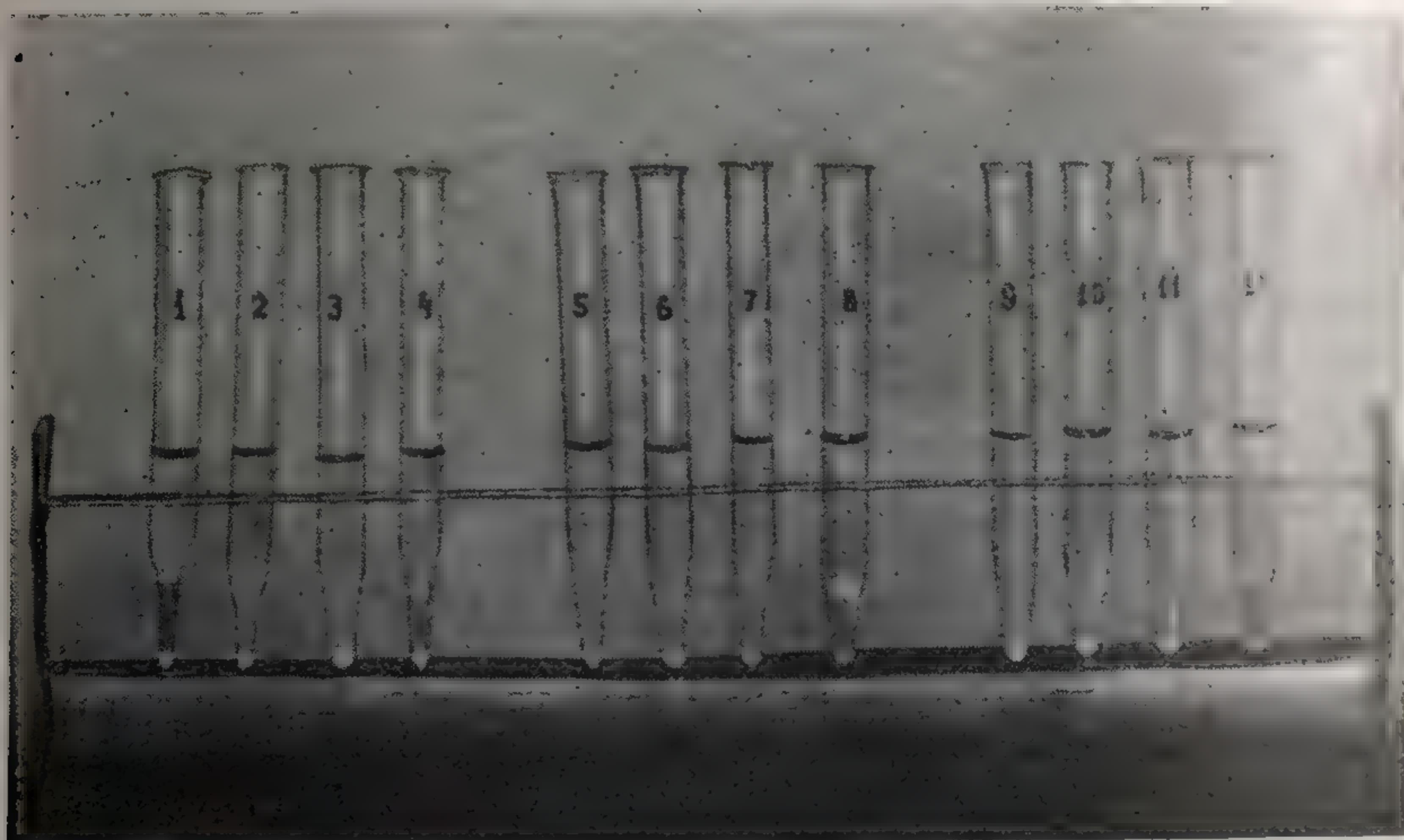


Рис. 164. Постановка реакции преципитации Чистовича — Уленгута

В первых четырех пробирках находятся: 1. вытяжка из исследуемого пятна; 2. вытяжка из того же предмета, на котором имелось исследуемое пятно, но вне его; 3. физиологический раствор, которым производилась вытяжка из пятна; 4. разведенный человеческий белок.

Вторая, контрольная, серия пробирок (5—8) поставлена с теми же объектами (5—7 пробирки). В пробирке 8 находится не белок человека, а разведенный белок свиньи.

Третья серия пробирок (9—12) с теми же объектами (9—11 пробирки). В пробирке 12 находится разведенный белок лошади.

В первые четыре пробирки опущена преципитирующая сыворотка на белок человека.

Во вторые четыре (5—8) — опущена преципитирующая сыворотка на белок свиньи.

В третьи четыре пробирки (9—12) опущена преципитирующая сыворотка на белок лошади.

В пробирках 1, 5 и 9 содержится вытяжка из пятна

» 2, 6 и 10 — вытяжка из предмета-носителя без видимых пятен крови

» 3, 7 и 11 — физиологический раствор, которым производилось экстрагирование пятен.

В пробирке 4 —	человеческий белок	в разведении	1 : 1000
» 8 —	свиной	»	»
» 12 —	лошадиный	»	»
			1 : 1000

Осадок выпал только в 1, 4, 8 и 12 пробирках и ни в одной из остальных, что указывало на присутствие в исследуемом пятне белка человека. Так как прежде было установлено, что исследуемое пятно образовано кровью, то положительный результат реакции Чистовича с вытяжкой из этого пятна дает основание прийти к заключению, что исследуемое пятно образовано кровью человека.

На рис. 165 изображены две пробирки: в левой на некотором расстоянии от дна видна белая полоска — колечко; это выпавший осадок белка от прибавления преципитирующей сыворотки, указывающий на положительную реакцию; в правой пробирке такого осадка не появилось — реакция отрицательная.

Для решения вопроса о видовом происхождении крови применяются и другие реакции.

Установить возможность происхождения крови от определенного лица — это значит определить группу крови. Как известно, у всех людей кровь разделяется по своим особым свойствам на четыре группы. Определение группы крови в кровяных следах может явиться одним из дополнительных доказательств. Например, если у подозреваемого в убийстве находят на одежде кровь той же группы, что и группа крови убитого, то присутствие такой крови на одежде подозреваемого может явиться дополнительным доказательством возможности совершения преступления именно им.

Помимо четырех групп крови, установлены еще подгруппы, типы крови, позволяющие более детально устанавливать групповую принадлежность. И эти исследования точно так же требуют значительного опыта и навыков в их проведении. Слишком давние следы крови и очень малые количества ее приводят обычно к отрицательному результату при определении вида и группы крови.

Определение места происхождения крови. В некоторых случаях возникает необходимость определить место происхождения крови. Например, подозреваемый в преступлении субъект может заявить, что следы крови у него появились в результате кровотечения из носа. Решение вопроса



Рис. 165. Реакция Чистовича — Уленгута: слева положительная, справа — отрицательная

о месте происхождения крови представляет значительные трудности, и далеко не всегда следователю может быть дан удовлетворительный ответ.

Иногда удается установить происхождение крови по присутствию в исследуемом объекте других частичек, например, особых клеток эпителия, слизи при кровотечении из носа; в крови менструального происхождения — клеток плоского эпителия влагалища; в крови кишечного происхождения — содержимого кишечника. Однако это далеко не всегда легко установить. Что касается давности происхождения кровавого пятна, то в настоящее время не располагают такими данными, которые позволяли хотя бы приблизительно установить давность происхождения кровавого пятна.

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

29—31 октября 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры г. Н. юриста 2-го класса М. от 24 октября 1959 г. в бюро судебно-медицинской экспертизы г. Н. эксперт Лобанов произвел исследование вещественных доказательств по делу о квартирной краже у гр-ки К. — простыни, полотенца, двух осколков стекол и образцов жидкой крови К., Марченко и Образцова — для разрешения вопросов, поставленных в постановлении:

1. Являются ли мазки и пятна, обнаруженные на стекле, куске рамы, полотенце и простыне мазками и пятнами крови.

2. Являются ли эти мазки и пятна мазками и пятнами человеческой крови.

3. Если на стекле, куске рамы, полотенце и простыне имеется кровь, то к какой группе она относится.

4. Определить групповую принадлежность крови Марченко.

Обстоятельства дела

Из постановления известно, что 9 октября с. г. Марченко М. И. и Образцов В. А. сорвали ставню с окна квартиры К., разбили окно, проникли в комнату и совершили кражу различных вещей и постельного белья.

При осмотре места происшествия было изъято два осколка стекла, вырезан кусок деревянной рамы, изъяты простыня и полотенце. На этих предметах были обнаружены пятна, подозрительные на кровь. В постановлении указывается, что во время проникновения в квартиру Марченко порезал себе руку стеклом. К. показала, что на простыне до момента кражи пятен крови не было.

Осмотр вещественных доказательств

26 октября 1959 г. с постановлением следователя в лабораторию доставлен один пакет, размерами $27 \times 17 \times 12$ см, состоящий из плотного бумажного конверта, заклеенного со всех сторон, перевязанного накрест ниткой, концы которой опечатаны сургучной печатью с оттиском по ободку: «Прокурор... г. Н...», в центре оттиски цифры «8». Без повреждения упаковки и

печати содержимое пакета изъять нельзя. На лицевой стороне пакета надпись: «Вещественные доказательства по делу Марченко и Обрядов: 1) простыня, 2) полотенце, 3) два осколка стекла, 4) кусок оконной рамы. Следователь Пр. г. Н. (подпись) 25 октября 1959 года».

При вскрытии пакета в нем обнаружены свернутая простыня и полотенце и отдельно завернутые в бумагу два осколка стекла и кусок дерева.

1. Простыня белая, хлопчатобумажная, поношенная, пошитая из двух полотнищ, сшитых срединным швом, края подрублены. Простыня имеет размеры 219×138 см. На простыне, отступя на 20 см от более узкого края № 2 и на 10 см от срединного шва, расположено буро-красное пятно размерами $2,5 \times 1$ см, пропитывающее всю толщу ткани (объект № 1). На 48 см от этого же края и на 29 см в противоположную сторону от срединного шва расположено также пятно, размерами $1,5 \times 0,6$ см (объект № 2). На этом же полотнище на 12 см ниже предыдущего пятна и на 12 см в сторону от срединного шва расположено круглое пятно, диаметром 1 см, буро-красного цвета, пропитывающее всю толщу ткани, более интенсивное в центре. Это пятно напоминает высохшую каплю (объект № 3).

2. Полотенце вафельное, размерами 74×35 см, белого цвета, концы не подрублены. Вдоль длинного края № 1, на 9 см от более узкого края № 2 расположено буро-красное пятно, пропитывающее толщу ткани, размерами $1,3 \times 1$ см (объект № 4).

3. Осколок оконного стекла неправильной треугольной формы, с длиной сторон 16,5 и 10,5 см. На одной из сторон стекла слабо заметный буро-красный мазок, размерами $1 \times 0,1$ см (объект № 5).

4. Кусок оконного стекла неправильной треугольной формы с длиной сторон 16 и 9 см. На одной из поверхностей стекла на площади 3×3 см прерывистые тонкие буроватые мазки, на поверхности которых прилипли волоски (объект № 6).

Деревянная щепка, длиной 15,5 см, толщиной у одного конца 1×1 см, у другого — $1 \times 0,2$ см. Две поверхности щепки покрыты белой масляной краской, на одной поверхности имеются остатки сухой замазки, и одна поверхность имеет следы свежего откола. Посредине щепки на поверхностях, покрытых краской, расположено буроватое пятно, размерами $4 \times 0,9$ (объект № 7). Пятно неравномерное, местами на его поверхности видны маленькие сухие глыбки, местами пятно очень тонкое, едва заметно.

Исследование

1. Установление наличия крови в пятнах

Кусочки ткани из объектов № 1—4 и соскобы из объектов № 5, 6, 7 помещались на предметные стекла и обрабатывались 33%-ным раствором едкого натрия, а затем многосернистым аммонием (восстановитель). При микроспектральном исследовании во всех препаратах обнаружен спектр гемокромогена в виде двух полос поглощения в желто-зеленый, части — левая узкая, интенсивная, правая — более широкая, менее интенсивная.

2. Определение вида крови. Реакция преципитации

Кусочки ткани из объектов № 1—4 и соскобы из объектов № 5, 6, 7 заливались стерильным физиологическим раствором хлористого натрия. Экстрагирование производилось 24 часа при температуре комнатного воздуха. Полученные вытяжки под контролем пробы с азотной кислотой капиллярным методом разводились до приблизительной концентрации белка 1:1000. Реакция ставилась с сывороткой на белок человека серии 840-а от 12 июля 1959 г., предварительно проверенной в отношении титра и специфичности. Титр ее оказался 1:10000. В разведении 1:1000 чужеродных

белков (быка, лошади, свиньи, собаки, кошки, курицы) не дает положительной реакции в течение часа времени наблюдения, то есть является специфичной. При прибавлении этой сыворотки к вытяжкам из указанных объектов на границе соприкосновения сывороток с вытяжками образовался белый осадок в виде кольца в течение трех-пяти минут времени наблюдения. Для контроля реакция ставилась с сыворотками на белок крупного рогатого скота, серий 279-а от 26 мая 1959 г., и на белок свиньи, серии 175 от 16 июня 1959 г., также проверенными в отношении титра и специфичности. Кольцо осадка не наблюдалось в течение одного часа времени наблюдения. Физиологический раствор и вытяжки из материала простыни и полотенец без пятен при испытании перечисленными сыворотками колец осадка также не дали в течение часа времени наблюдения.

3. Определение групповой принадлежности крови в пятнах

а) Обнаружение агглютининов методом покровного стекла.

По два кусочка материи с пятнами крови из объектов № 1—4 помещались на предметные стекла под покровные. К одним кусочкам прибавлялись стандартные эритроциты группы А, В и О в виде 1/2%-ной взвеси. Препараты помещались во влажную камеру, наблюдение велось под микроскопом. Через 15—20 минут времени наблюдения во всех препаратах обнаружена хорошая агглютинация эритроцитов группы А и группы В. С эритроцитами группы О агглютинация не наблюдалась до начала подсыхания препаратов.

б) Обнаружение агглютиногенов методом абсорбции агглютининов в количественной модификации.

Реакция ставилась с объектами № 1, 2, 3 и 4. С остальными объектами реакция не ставилась ввиду малого количества крови. В реакцию вводились гемагглютинирующие сыворотки α серии № 7 от 20 апреля 1959 г. и β серии № 10 от 16 мая 1959 г. в разведении 1:4, что привело их к титру 1:32. Абсорбция велась при температуре комнатного ледника в течение 24 часов. Учет результатов абсорбции производился путем титрации абсорбированных сывороток 1%-ной взвесью стандартных эритроцитов группы А и группы В в пробирках с применением центрифугирования и последующего микроскопирования. Объекты 1, 2, 3, 4 титра сывороток α и β не снижали. Предметы-носители влияния на сыворотки не оказали.

4. Определение групповой принадлежности жидкой крови Марченко

29 октября с. г. следователем М. в лабораторию был доставлен Марченко М. И., у которого из пальца была взята кровь. Определение групповой принадлежности ее производилось двойным методом — по агглютиниnam и агглютиногенам. Испытание производилось в пробирках с применением центрифугирования, результаты реакции учитывались при наблюдении под микроскопом. Сыворотка крови Марченко дала хорошо выраженную агглютинацию стандартных эритроцитов группы А и группы В. Эритроциты крови Марченко М. И. под влиянием стандартных сывороток агглютинации не дали.

5. Определение групповой принадлежности жидкой крови К.

31 октября 1959 г. следователем М. была доставлена в лабораторию гр-ка К., у которой из вены было взято 2 мл крови. Определение групповой принадлежности крови производилось двойным методом по агглютиниnam и по агглютиногенам. Сыворотка крови К. испытывалась стандартными

эритроцитами группы А и группы В (1%-ная взвесь). Из эритроцитов крови К. была приготовлена 1%-ная взвесь, которая и испытывалась стандартными сыворотками α и β . Испытание производилось с применением центрифугирования в соотношении: 2 капли сыворотки и 4 капли эритроцитов. Результаты учитывались при наблюдении под микроскопом. Сыворотка крови К. дала хорошо выраженную агглютинацию эритроцитов группы В и не оказала влияния на эритроциты группы А. Эритроциты крови К. в течение 3—5 минут времени наблюдения дали хорошую агглютинацию с сывороткой α и не изменились под влиянием сыворотки β .

Для определения групповой принадлежности жидкой крови Марченко М. И. и К. брались стандартные сыворотки серий, указанных в разделе 3-б настоящего акта.

Заключение

На присланной простыне, полотенце, двух осколках стекла и на куске оконной рамы обнаружены пятна человеческой крови.

Пятна крови на простыне и полотенце относятся к 0 (альфа, бета) I группе.

Групповую принадлежность крови на осколках стекла и куске оконной рамы определить было невозможно ввиду малого количества крови в пятнах.

Кровь Марченко М. И. относится к 0 (альфа, бета) I группе.

Кровь К. относится к А (бета) II группе.

Таким образом, пятна крови на простыне и полотенце могли произойти от Марченко М. И., как от любого другого лица, имеющего I группу крови, и не могли произойти от К.

Судебный эксперт (ЛОБАНОВ)

§ 116. Исследование волос

Не менее важным вещественным доказательством могут быть волосы. Обнаружение их на месте происшествия возможно на отдельных предметах, орудиях преступления, руках, на одежде жертвы, преступника, иной раз — при половых преступлениях — на его белье и в других местах. В одних случаях количество обнаруженных волос бывает значительным, в других — обнаруживаются единичные волоски, которые тем не менее могут оказаться важным вещественным доказательством (рис. 166).

При исследовании волос или волокон, подозрительных и похожих на волосы, возникают обычно следующие вопросы: волосы это или не волосы; кому принадлежат волосы — человеку или животному; если человеку, то не принадлежат ли они определенному человеку — подозреваемому, потерпевшему, с какой части тела волосы вырваны или выпали, нет ли признаков повреждений на волосах (рис. 167 а, б, в, — 169).

Строение волос. По внешнему виду волосы могут быть похожи на растительные волокна, а в последнее время — искусственные волокна: искусственный шелк и шерсть.

Под микроскопом волосы человека и животных обнаруживают характерные особенности строения, которые позволяют

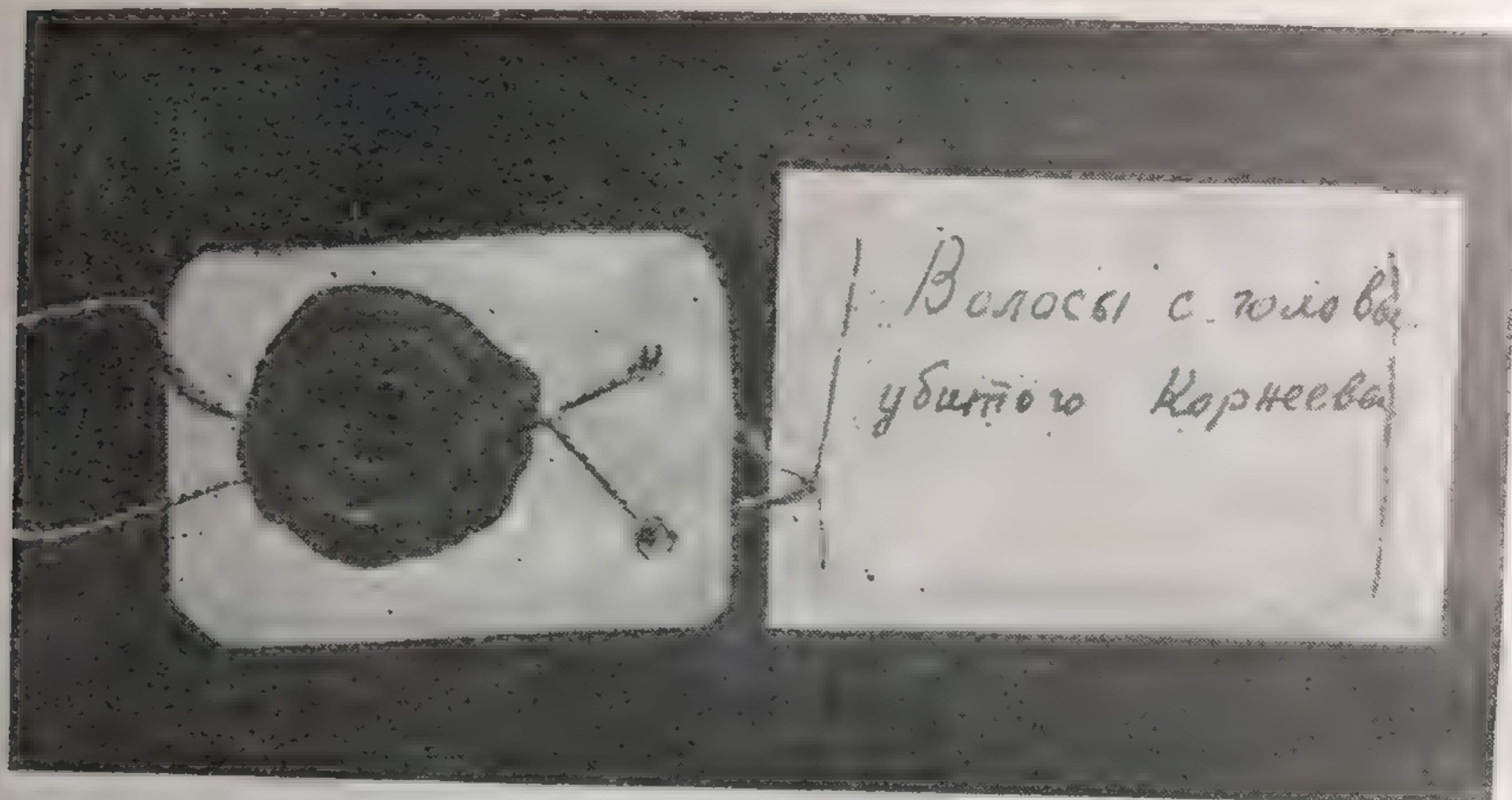


Рис. 166. Упаковка волос

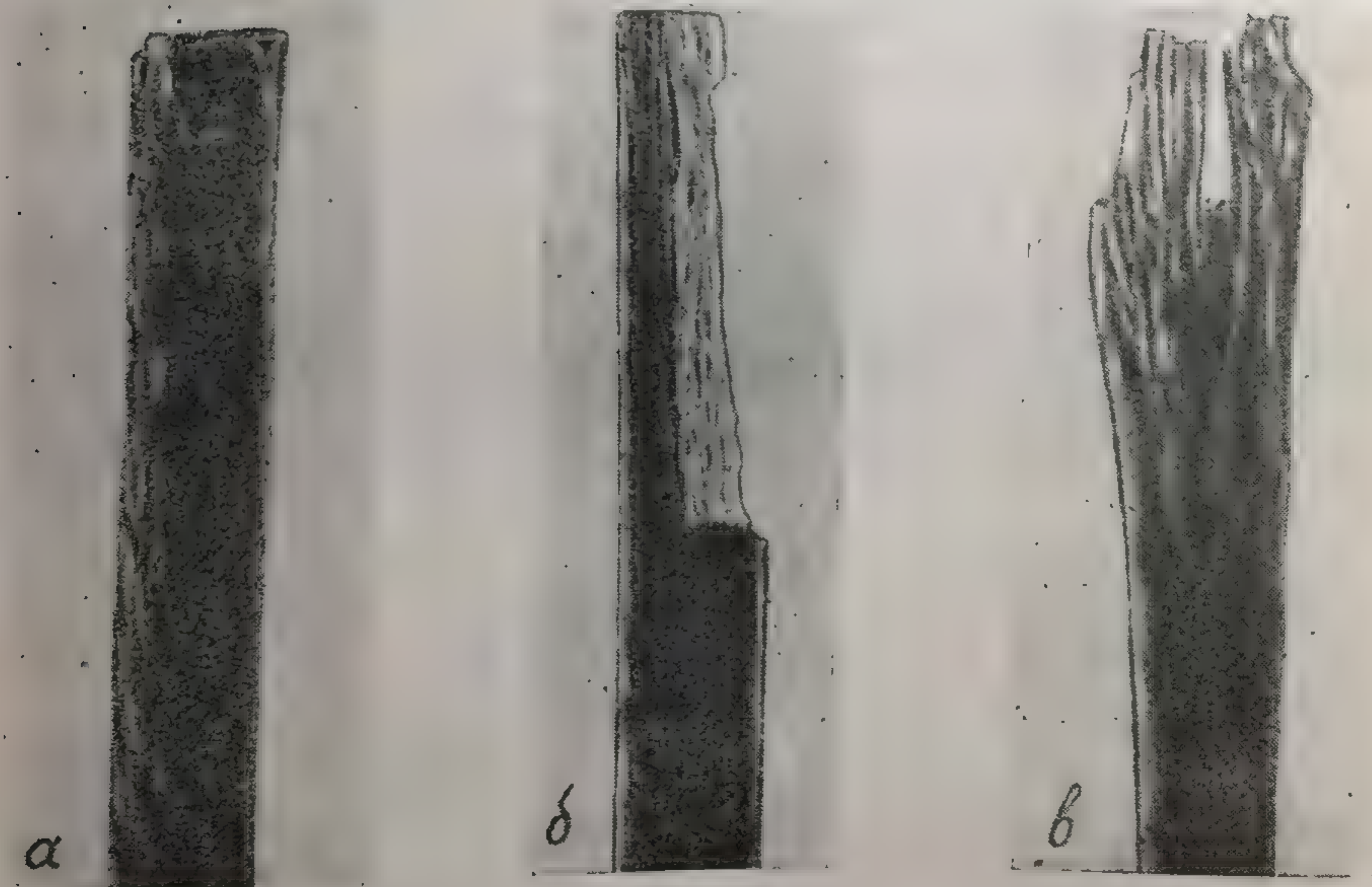


Рис. 167. а) Волос, обрезанный острым предметом. б) Волос, оборванный медленным движением. в) Волос, раздавленный тупым предметом

легко установить, что перед нами — волос или волокно какого-либо иного происхождения. При рассматривании под микроскопом волос оказывается состоящим из трех слоев. Наружный слой, кожица (так называемая кутикула), состоит из отдельных клеток, которые частично прикрывают друг друга, благодаря чему поверхность волоса кажется зазубренной, под кутикулой

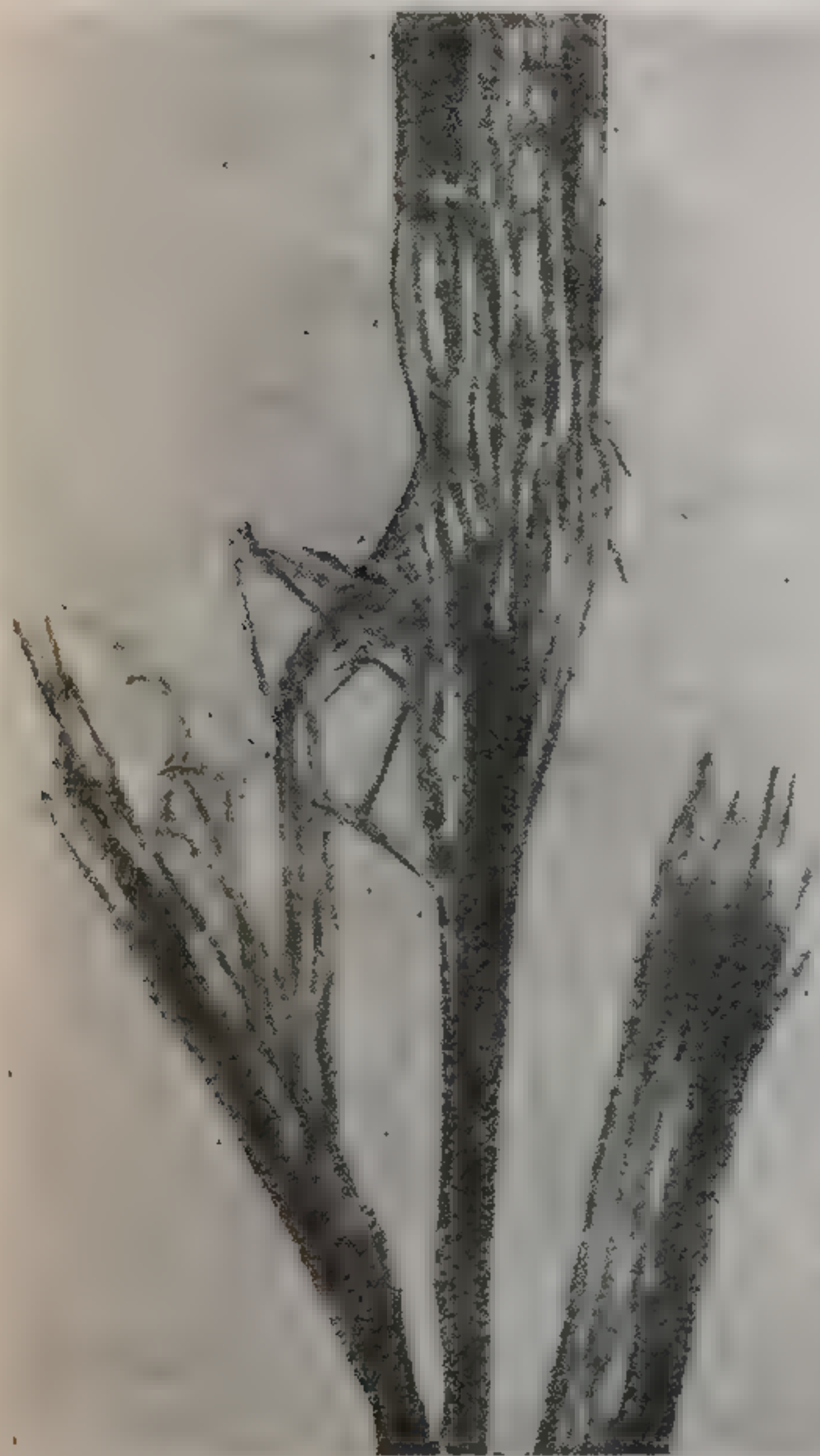


Рис. 168. Волос после неоднократного применения завивки



Рис. 169. Волос, подвергшийся действию высокой температуры

расположен корковый слой, состоящий из ороговевших клеток, содержащих красящее вещество — пигмент волоса. Центральная часть волоса называется сердцевинной. Между клетками сердцевинны расположены кое-где пузырьки воздуха, отчего сердцевина при рассматривании ее в микроскоп кажется темной, черной.

В строении волос человека и животных существует некоторое отличие, главным образом в строении сердцевинны и коркового слоя, а также кутикулы (рис. 170). Сердцевина волос человека значительно уже коркового слоя и представляет собой прерывистую линию, иногда волосы человека могут и совершенно не иметь сердцевинны. У животных сердцевина значительно шире коркового слоя и имеет характерный рисунок

строения у отдельных видов животных, что позволяет по строению сердцевины определять вид животных.

Рисунок кутикулы волос человека резко отличается от рисунка кутикулы волос животных (рис. 171).

Следовательно, происхождение волокна, а также установление, кому принадлежит волос — человеку или животному, — обычно легко определяется микроскопическим исследованием.

Волосы некоторых животных по своему строению довольно близки к волосам человека.

Вопрос о том, с какой части тела волосы, решается измерением толщины, а также изучением поперечных срезов волос. Толщина волос на различных частях тела неодинакова, на поперечных срезах волосы с различных частей тела имеют различные фигуры поперечного сечения: овальные, округлые, многоугольные и др.

Чтобы решить, вырван волос или выпал, его нужно тщательно исследовать. Волосы человека с течением времени выпадают. Иногда выпадение это совершается в отдельные периоды в большом количестве, существует и постоянная смена волос.

Рис. 170. а) Волос человека. Строение сердцевины. б) Волос животного, строение сердцевины

Волос сидит в коже на особом волосяном сосочке, и концевая его часть имеет утолщение, называемое волосяной луковицей. У выпадающего волоса луковица становится сухой, сморщивается, лишается красящего вещества, пигмента. Луковица отделяется от сосочка и начинает постепенно передвигаться к поверхности кожи. В этой же волосяной сумке появляется на сосочке волос, который заменяет прежний. Часть волоса, находящаяся в коже, окружена особым волосяным влагалищем в виде мешочка. Если волос вырывается, то при микроскопическом исследовании видны сочная, содержащая пигмент луковица, а также обрывки оболочек волоса, окружающих его со всех сторон (рис. 172).

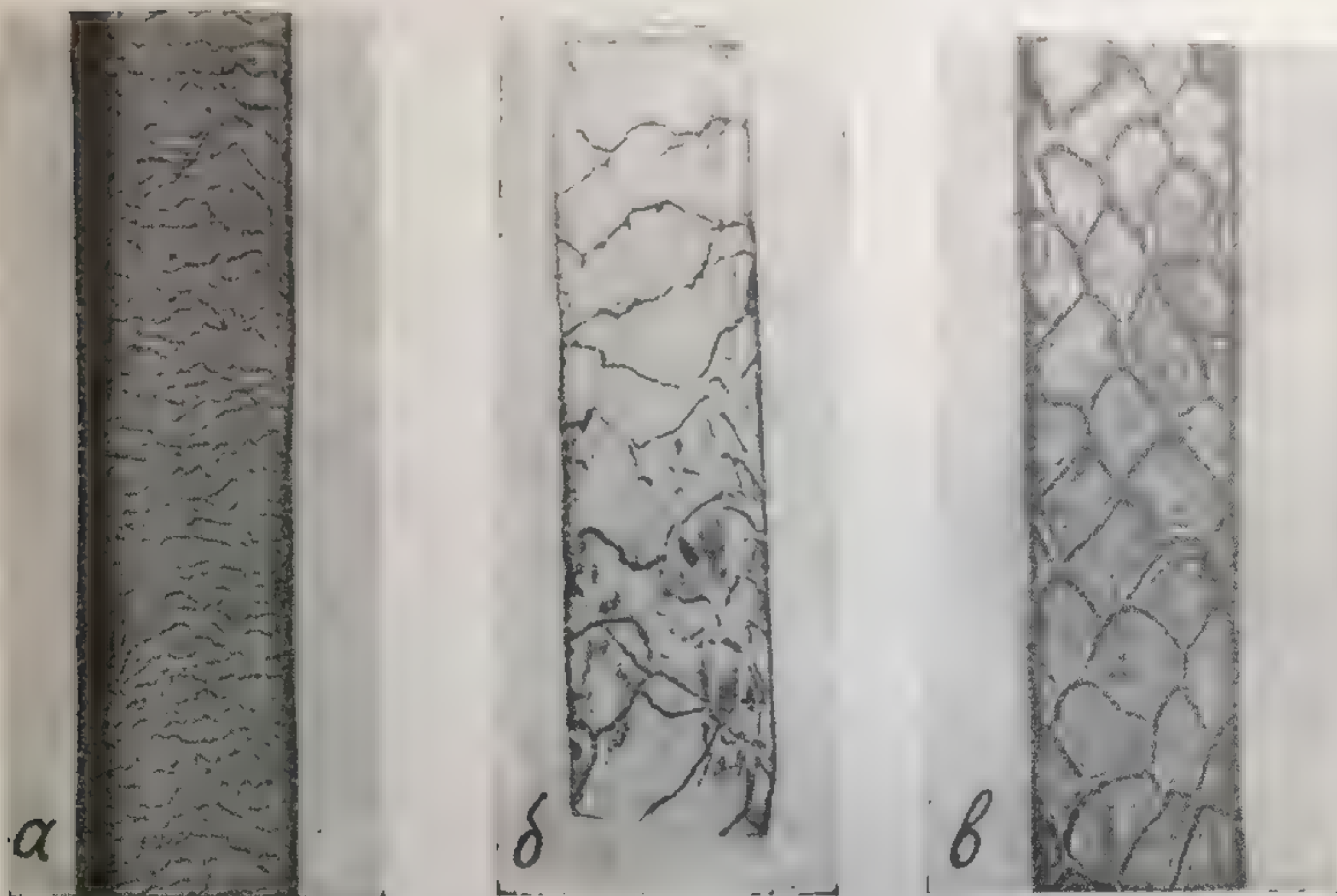


Рис. 171. а) Кутикула волоса человека. б) Кутикула волоса верблюда. в) Кутикула волоса кошки



Рис. 172. а) Корневой конец вырванного жизнеспособного волоса. б) Корневой конец выпавшего волоса

Повреждения волос имеют значение в том отношении, что различные внешние воздействия могут вызвать на волосе характерные изменения. Например, от тупых орудий волос раздавливается, расщепляется. При отрыве волос имеет неровный свободный край. При огнестрельных повреждениях иногда в толще волоса можно обнаружить внедрившиеся частички порошинок. Волос, подвергшийся действию высокой температуры,

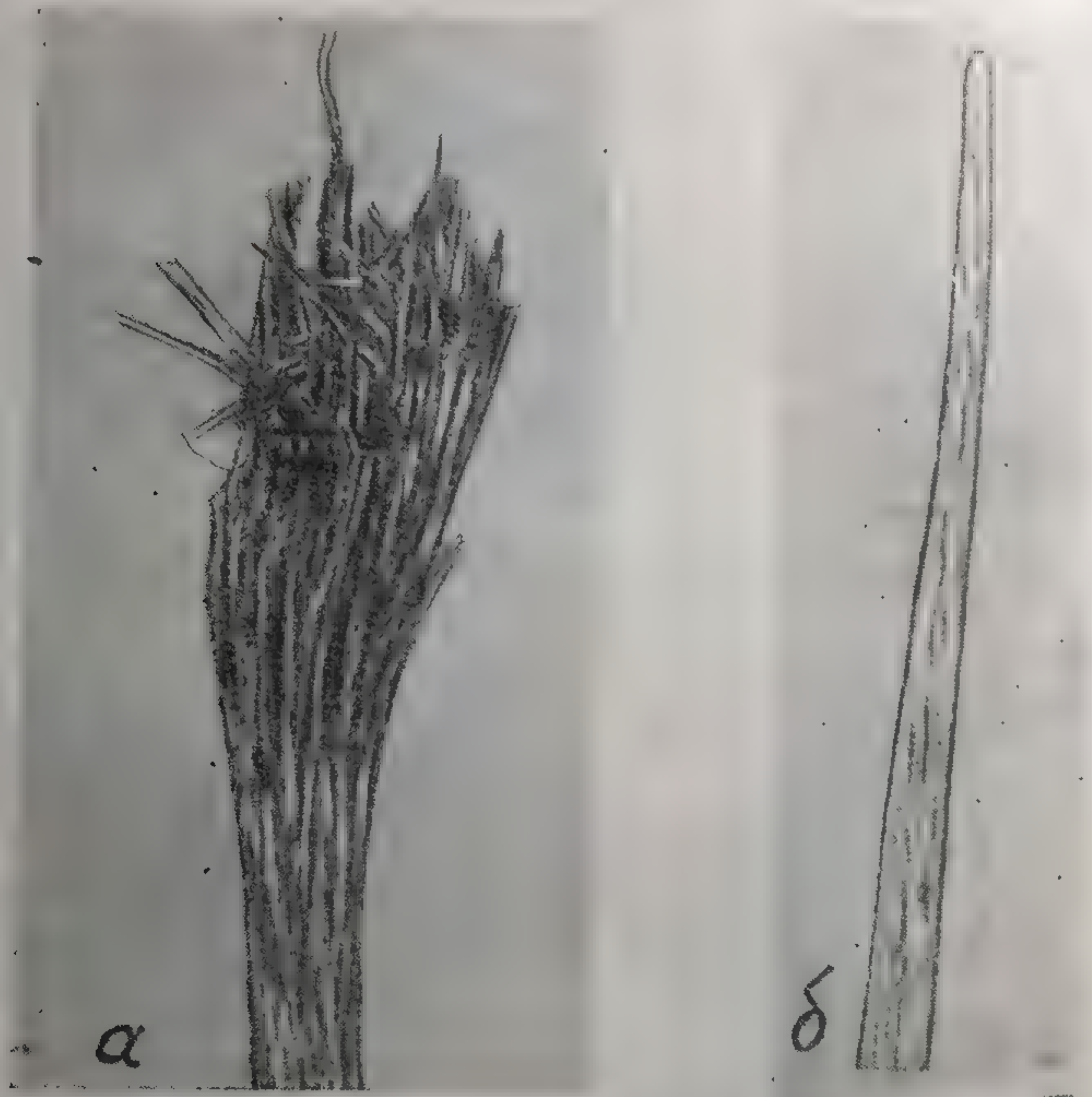


Рис. 173. Свободные концы волос:

а) Метелкообразно-расщепленный периферический конец волоса. б) Иголообразно-истонченная и зашлифованная верхушка волоса

становится толстым, вздувается. В отдельных местах в нем появляются пузырьки воздуха, он буреет, чернеет и скручивается. Однако существенным вопросом при исследовании волоса является определение принадлежности волоса тому или иному человеку. Для этой цели обнаруженные волосы подвергаются микроскопическому изучению в смысле их общего строения, характера пигмента, характерных особенностей свободных концов волос (рис. 173), толщины каждого отдельного волоса на различных участках повреждений или каких-либо особенностей в виде заболевания волос. Затем эти данные сравнивают с данными, полученными при исследовании волос, взятых от

трупа или потерпевшего, или от подозреваемого. Эти исследования дают возможность установить только сходство волос, но не их тождество.

Пример:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

На основании постановления следователя прокуратуры г. В. юриста 2-го класса Федорова М. Н. от 2 февраля 1959 г. в биологическом отделении бюро судебномедицинской экспертизы города В. судебномедицинским экспертом Гришиной О. П. с 3 февраля 1959 г. по 10 февраля 1959 г. произведено исследование вещественных доказательств по делу по обвинению гр-на П. — объектов, напоминающих волосы, изъятых с болта планки левого, переднего брызговика автомашины, с целью установления их видовой принадлежности, а также сходства с волосами потерпевшей гр-ки Л. В качестве образцов доставлены волосы с головы гр-ки Л.

Обстоятельства дела

1 февраля 1959 г. гр-ка Л. ехала по шоссе на подводе в г. В. Грузовая автомашина, идущая навстречу, которую вел гр-н П., обгоняя автобус, наехала на подводу. В результате наезда гр-ка Л. получила тяжкие повреждения головы, от которых вскоре умерла. При задержании и осмотре этой автомашины на болту планки левого переднего брызговика обнаружены присохшие к нему волосы.

Описание объектов. Вещественные доказательства доставлены в двух почтовых запечатанных конвертах, голубого цвета, размерами 11 × 16 см, прошитых суровой ниткой, концы которой скреплены сургучной печатью с неразборчивым оттиском.

На одном из конвертов имеется надпись, выполненная синими чернилами: «Волосы изъятые с болта планки левого переднего брызговика автомашины 1 февраля 1959 г. Следователь Федоров».

На другом конверте имеется надпись, выполненная синими чернилами: «Волосы с различных участков головы гр-ки Л.» Следователь Федоров 1 февраля 1959 г.».

При вскрытии конверта с образцами волос потерпевшей обнаружено: пять пакетиков, сложенных в виде аптечных порошков, размером 6 × 3 см. На пакетах имеется надпись, выполненная синими чернилами: «Пакетик № 1: Волосы гр-ки Л. с теменной области». «Пакетик № 2: Волосы гр-ки Л. с лобной области». «Пакетик № 3: Волосы гр-ки Л. с затылочной области». «Пакетик № 4: Волосы гр-ки Л. с левой височной области». «Пакетик № 5: Волосы гр-ки Л. с правой височной области».

Во всех пакетиках находилось по пряди извитых волос русого цвета.

По вскрытии конверта с надписью: «Волосы, изъятые с болта планки левого переднего брызговика автомашины» — обнаружено пять волос булавато-коричневого цвета извитой формы.

Исследование

Волосы из всех объектов рассматривались невооруженным глазом и под микроскопом в сухом виде и просветленные в ксилоле. Измерение толщины волос производилось на микроскопе МБИ № 0042 без выдвижения тубуса с помощью винтового окулярмикрометра, объектив микроскопа 8.

Кутикулы волос исследовались на негативных отпечатках. Кроме этого, производилось сравнительное изучение волос.

Пять волос с болта брызговика имели длину от 4 до 13 см. Максимальная толщина их от 0,79 до 0,090 мм. Средняя максимальная толщина 0,086 мм.

Четыре волоса темно-коричневого цвета, к периферическому концу более светлые. Один волос весь темно-коричневый. Во всех волосах сердцевина имеет вид прерывающегося тяжа, занимающего менее 1/2 толщины волоса. Пигмент мелкозернистый, темно-коричневый, равномерно распределен. У трех волос периферические концы имеют вид метелочки. У двух волос периферический конец ступенеобразной формы с растреснувшими по длине краями. Корневые концы волос имеют неровные поверхности с множеством трещин, идущих в продольном направлении, отчего концы волос имеют разволокненный вид. Все волосы имеют извитую форму. Клетки кутикулы плотно прилегают друг к другу. Рисунок кутикулы простой. Ближе к корневому концу линии рисунка кутикулы умеренно сближены. На всем протяжении рисунка зазубренность мелкая.

Волосы с головы потерпевшей гр-ки Л. Исследовались 40 волос (по 8 волос с каждой области головы). 29 из них были темно-коричневого, 11 светло-коричневого цвета. Все волосы имели более светлый оттенок у периферических концов. Все исследуемые волосы имели извитую форму, длина их колебалась от 4,8 см до 15,6 см. Максимальная толщина их колебалась от 0,070 до 0,095 мм. Средняя максимальная толщина — 0,084 мм. Периферические концы у 12 волос имели игловидно истонченную форму, периферические концы 20 волос имели форму метелочки, 8 волос имели закругленные, зашлифованные, несколько истонченные периферические концы. Корневые концы всех волос были острижены тупым предметом.

Сердцевина присутствовала в 23 волосах, имела вид узкого, прерывающегося тяжа. Клетки ее имели бесструктурный характер.

В 17 волосах сердцевина отсутствовала. Пигмент темно-коричневый и светло-коричневый, мелкозернистый, равномерно распределен по длине волоса. Клетки кутикулы плотно прилегают друг к другу. Рисунок кутикулы волнистый с мелкими зазубринами, к корневой части линии рисунка сближаются.

Заключение

Волосы, обнаруженные на болту планки переднего брызговика автомашины, являются волосами человека. По ряду признаков эти волосы обнаруживают сходство с волосами с головы гр-ки Л.

Судебно-медицинский эксперт (ГРИШИНА)

§ 117. Исследование семенных пятен

Следы спермы, то есть человеческого семени, могут подвергаться исследованию либо в свежем виде вскоре после выделения семенной жидкости, либо в следах известной давности, или в пятнах, подозрительных на происхождение их от семенной жидкости. В свежем виде исследуются мазки из влагалища или капли жидкости из мочеиспускательного канала у мужчины. Что касается следов семени, то они бывают в виде пятен на различных объектах, чаще всего на одежде, постельном белье, иногда на коже или волосистой части лобка у женщин.

Внешний вид семенных пятен различен в зависимости от того объекта, на котором пятно находится. На белой материи и на аналогичной ткани семенное пятно представляется сероватым, крахмальной плотности, с неправильными фигурными очертаниями краев. При тщательном исследовании можно заметить в ткани и на ее поверхности желтовато-белые чешуйки полоски. На темных тканях такие следы могут выделяться иной раз несколько резче.

Для выяснения, какие это следы, необходимо подвергнуть исследованию, производят иногда освещение объекта с подозрительными пятнами ультрафиолетовыми лучами, под которыми семенные пятна дают особое беловато-голубоватое свечение — флуоресценцию. Это свечение имеет лишь ориентировочное значение, так как его могут давать и некоторые другие белковые вещества. Присланные для исследования объекты подвергаются наружному осмотру, описываются и исследуются.



Рис. 174. Сперматозоиды (микрофотография)

Доказательством семенного происхождения пятен являются обнаруженные в них целые семенные нити — сперматозоиды (рис. 174). Обнаружение лишь отдельных частей сперматозоидов, головок или хвостиков, не имеет никакого доказательственного значения, потому что такие образования могут симулировать случайные загрязнения и примеси.

Пример:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

С 19 по 30 апреля 1959 г. на основании постановления следователя прокуратуры г. Л. юриста 3-го класса Ш. от 18 апреля 1959 г. в бюро судебно-медицинской экспертизы Л-ской области эксперт Орлов произвел исследование вещественного доказательства по делу об изнасиловании гр-ки Горман М. В. гр-ном Горцевым И. К.

Для исследования направлена простыня, изъятая на квартире Горман, на которой необходимо установить наличие и группу спермы. В качестве образцов исследовалась кровь Горман и Горцева, а также слюна Горцева.

Обстоятельства дела

Из постановления известно, что, по заявлению гр-ки Горман М. В., днем 6 марта с. г. у себя на квартире она была изнасилована Горцевым И. К. Как показала Горман, половой акт был совершен у нее в комнате на кровати, и в подтверждение сказанного Горман предъявила органам следствия простыню, на которой в разных местах имеются несколько пятен неизвестного происхождения. По показаниям Горман, именно на этой простыне она была изнасилована, и после совершения полового акта Горцев и Горман вытирались этой простыней. Горцев факт изнасилования Горман и вообще половой акт с ней категорически отрицает.

Описание объектов. У гр-ки Горман и у гр-на Горцева взята кровь, у Горцева взята слюна. Эти объекты доставлены в лабораторию отдельно. Пробирка из бесцветного стекла, длиной 8 см, диаметром 1 см, укупорена ватным тампоном. На пробирке имеется надпись фиолетовым карандашом для стекла: «Горман». В пробирке содержалось около 2 куб. см сыворотки и свертки крови (объект № 1).

Пробирка из бесцветного стекла, длиной 8,5 см, диаметром 0,8 см, укупорена ватным тампоном. На пробирке имеется надпись фиолетовым карандашом для стекла: «Горцев». В пробирке содержалось около 2 куб. см сыворотки и крови (объект № 2).

Пробирка из бесцветного стекла, длиной 15 см, диаметром 1,5 см, укупорена ватным тампоном. На пробирке имеется надпись фиолетовым карандашом для стекла: «Горцев». В пробирке содержалось около 2,5 куб. см слюны (см. объект № 3).

Сверток из желтоватой тонкой бумаги, прямоугольной формы размерами $35 \times 17 \times 12$ см, опечатан печатью прокуратуры г. Л. На одной из поверхностей свертка имеется надпись синими чернилами: «Вещественное доказательство — одна простыня — по делу изнасилования г-ки Горман». В свертке находилась хлопчатобумажная, белая простыня, размерами 196×125 см, на одной из поверхностей простыни, в углу, пришит лоскут материи с черного цвета штампом: «205251». На 49,5 см от одной из коротких сторон, обозначенной № 1, и в 50 см от одной из длинных сторон, обозначенной № 2, имеется желтоватое пятно, уплотняющее и пропитывающее ткань насквозь, размерами 16×9 см (объект № 4). В 21 см от указанного объекта и в 17,5 см от стороны № 2 имеется такого же характера пятно размерами $12,5 \times 9$ см (объект № 5). В 37 см от стороны № 2 и в 36 см от стороны № 1 имеется беловато-желтоватое пятно с ландкартообразными очертаниями, пропитывающее ткань насквозь, ее уплотняющее, размерами — 19×7 см (объект № 6). В 77 см от стороны № 1 и в 0,5 см от стороны, обозначенной № 4, едва различимы две помарки размерами $12 \times 2,5$ см и $9 \times 3,5$ см (объект № 7). В 58 см от стороны № 1, по краю стороны № 4, различима группа помарок беловато-желтоватого цвета общей площадью 23×16 см (объект № 7).

Исследование

I. Определение группы жидкой крови

Сыворотка объектов № 1, 2 отсасывалась и центрифугировалась. Из свертков изготовлялась 1%-ная взвесь эритроцитов в стерильном физиологическом растворе хлористого натрия. Сыворотка крови испытывалась стандартными эритроцитами А и В, взятыми в виде 1%-ной взвеси. К 2 каплям исследуемой сыворотки каждого объекта в одну пробирку добавлялось

4 капли эритроцитов А, в другую пробирку — 4 капли эритроцитов В. Эритроциты каждого объекта исследовались стандартными сыворотками «α» серии 66 и «β» серии 61. К 4 каплям исследуемых эритроцитов каждого объекта в одну пробирку добавлялось 2 капли сыворотки «α», а в другую пробирку 2 капли сыворотки «β». Реакция производилась с применением центрифугирования. В пробирках с исследуемыми эритроцитами объекта № 1 и добавленными сыворотками «α» и «β» произошла агглютинация. В пробирках с исследуемой сывороткой объекта № 1 и добавленными эритроцитами А и В агглютинации не произошло. В пробирках с исследуемыми эритроцитами объекта № 2 и добавленными сыворотками «α» и «β» агглютинации не произошло. В пробирках с исследуемой сывороткой объекта № 2 и добавленными эритроцитами А и В произошла агглютинация. Стандартные сыворотки α и β и эритроциты А и В перед опытом были соответствующим образом проверены.

II. Обнаружение агглютиногенов методом абсорбции агглютининов в количественной модификации в жидкой слюне

Слюна центрифугировалась. К 0,3 куб. см слюны в одну пробирку добавлялось 0,3 куб. см сыворотки «α» серии 66, разведенной в 4 раза, в другую пробирку — 0,3 куб. см сыворотки «β» серии 61, разведенной в 3 раза. В третью пробирку — 0,3 куб. см сыворотки анти-О серии 12, взятой без разведения, с титром 1 : 10 и специфичностью в течение 5 минут. Сыворотки «α» и «β» в указанных разведениях имели титр 1 : 32. Реакция абсорбции происходила на холоду в течение 24 часов. После указанного срока сыворотки отсасывались, центрифугировались и проверялись. Сыворотки «α» и «β» проверялись в неразведенном виде и в разведениях от 2 до 64 соответствующими эритроцитами, взятыми в виде 1%-ной взвеси. Реакция происходила в пробирках с применением центрифугирования и последующим микроскопированием. Сыворотка анти-О проверялась в неразведенном виде и в последовательных разведениях от 2 до 12 цельными отмытыми эритроцитами. Реакция ставилась на фарфоровой тарелке. Время отмечалось по секундомеру, наблюдение велось с помощью лупы при сильном электрическом освещении. В результате абсорбции выяснилось, что титр сыворотки «α» и «β» под влиянием объекта № 3 не изменился, титр сыворотки анти-О — понижился на 6 ступеней.

III. Установление наличия спермы в пятнах

Присланное вещественное доказательство рассматривалось в ультрафиолетовых лучах. Пятна на простыне, обозначенные как объекты № 4, 5, 6, 7, 8 имели беловато-голубоватую флуоресценцию.

А. Микрокристаллическая реакция

Вырезки из объектов № 4, 5, 6, 7, 8 обрабатывались раствором кристаллического йода в йодистом калии. При рассматривании препаратов под микроскопом в препаратах из объектов № 4, 5, 6 были обнаружены коричневые прямоугольные кристаллы, некоторые из них с раздвоенными концами (кристаллы йод-холина).

В. Обнаружение сперматозоидов

Кусочки, вырезанные из объектов № 4, 5, 6, 7, 8 помещались на предметные стекла в каплю раствора эритрозина в аммиаке, где они расщеплялись и промывались водой. Препараты покрывались покровными стеклами

и исследовались с помощью микроскопа. При микроскопическом исследовании в препаратах из всех перечисленных объектов были обнаружены сперматозонды с овальной неравномерно окрашенной головкой и длинным хвостиком.

IV. Обнаружение агглютиногенов в пятнах спермы методом абсорбции и агглютининов в количественной модификации

Мелкоизмельченный материал объектов № 4, 5, 6, 7, 8, а также измельченные кусочки предмета-носителя в количествах по 50 мг заливались по 0,3 куб. см сывороткой «а» серии 66, разведенной в 4 раза, сывороткой «β» серии 61, разведенной в 3 раза, сывороткой анти-О серии 12 с титром 1:10, специфичной в течение 5 минут. Сыворотки «а» и «β» в указанных разведениях имели титр 1:32. Реакция абсорбции происходила на холоду в течение 24 часов. После указанного срока сыворотки отсасывались, центрифугировались. Сыворотки «а» и «β» проверялись в неразведенном виде и в разведениях от 2 до 64 соответствующими эритроцитами, взятыми в виде 1%-ной взвеси. Реакция проводилась с применением центрифугирования и последующим микроскопированием. Сыворотка анти-О проверялась в неразведенном виде и в последовательных разведениях от 2 до 12 цельными отмытыми эритроцитами. Реакция ставилась на фарфоровой тарелке, наблюдение велось при сильном электрическом освещении, с помощью лупы. В результате абсорбции выяснилось, что титр сывороток «а» и «β» под влиянием объектов № 4, 5, 6, 7, 8 и их предметов-носителей или не изменялся, или понижался на 1 ступень. Титр сыворотки анти-О под влиянием объектов № 4, 5, 6, 7, 8 понизился на 5—6 ступеней, а под влиянием предмета-носителя — на 1—2 ступени.

Заключение

На основании судебномедицинского исследования вещественного доказательства по делу об изнасиловании гр-ки Горман прихожу к следующим выводам:

1. Группа крови Горман АВ (IV по Янскому)
Группа крови Горцева Оαβ (I по Янскому)
2. В жидкой слюне Горцева обнаружен агглютиноген «О», что дает основание отнести Горцева к «сильным выделителям».
3. На простыне обнаружены пятна и помарки спермы. В пятнах определен агглютиноген «О». Следовательно данные пятна спермы могли произойти от Горцева, как и от любого другого лица с группой крови Оαβ (I), являющегося «сильным выделителем».

Судебномедицинский эксперт (ОРЛОВ)

§ 118. Другие объекты исследования

Кровь, волосы и семенные пятна являются основными объектами лабораторного судебномедицинского исследования, но не единственными. Значительно реже приходится встречаться с другими объектами исследования. Так, при экспертизе по поводу детоубийства иногда приходится устанавливать следы первородного кала, мекония, имеющего характерный состав, или сыровидной смазки, покрывавшей тело младенца. Иногда для

исследования пересылаются отдельные кости или части костей для решения вопроса о том, кому принадлежат они — человеку или животному, от какой части тела и какова их давность. Иногда приходится исследовать кости, подвергшиеся разрушительным внешним воздействиям, например сжиганию. В отдельных случаях приходится исследовать отдельные кусочки обнаруженных тканей, органов и выделений человеческого тела. В редких случаях в качестве объектов исследования бывают части или целые трупы мелких животных.

ЧАСТЬ ШЕСТАЯ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

ГЛАВА XXVIII

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

В отдельных случаях судебномедицинская экспертиза проводится по материалам дела (документы) без исследования проходящих по делу объектов. Заключение может быть вынесено только на основании изучения материалов дела. Иногда же это невозможно, и если исследование трупа, живого лица или вещественного доказательства по каким-либо причинам произвести нельзя, то экспертиза не может быть произведена, о чем составляется соответствующее заключение.

Необходимость экспертизы по материалам дела возникает преимущественно при повторных экспертизах, когда первая экспертиза не удовлетворила следственные органы.

Экспертиза по материалам дела может быть в виде последовательной экспертизы, когда эксперт, например, производил исследование трупа, а затем дает заключение на основании изучения всех материалов дела, в том числе и данных, полученных при исследовании трупа.

Поводом для экспертизы по материалам дела может быть особая сложность дела, когда требуется участие нескольких специалистов, иной раз и различных специальностей. В таких случаях может проводится комплексная экспертиза.

Наконец, к экспертизе по материалам дела приходится прибегать в случаях, когда объект исследования отсутствует, например требуется определить тяжесть повреждения отсутствующего лица, вызвать которое невозможно. В материалах дела имеются исчерпывающие медицинские документы, история болезни, на основании которых возможно дать заключение о тяжести повреждения и без осмотра потерпевшего лица.

Организация экспертизы по материалам дела зависит преимущественно от сложности самого дела. Нередко судебномедицинский эксперт проводит такую экспертизу

по материалам дела единолично, а иногда необходима экспертная комиссия. Практика заставила организовать постоянные комиссии по особо сложным делам при областных и крупных городских бюро судебномедицинской экспертизы. Состав комиссии, за исключением председателя и секретаря, заполняется специалистами тех специальностей, которые необходимы для данного, конкретного дела. Председателем обычно является старший городской или областной судебномедицинский эксперт. На основании изучения материалов дела составляется детальный обзор фактического материала, «обстоятельств дела», который раздается всем участвующим в экспертизе. На заседании комиссии материалы дела обсуждаются, и на основании этого составляется заключение, подписываемое всем составом комиссии. Члены комиссии, имеющие особое мнение, излагают его в отдельном документе. Оно прилагается к заключению комиссии.

Направляя следственное дело на заключение, следователь должен в обычном порядке вынести постановление о назначении экспертизы, перечислить персонально всех экспертов и поставить вопросы, подлежащие разрешению.

Пример комплексной экспертизы.

А К Т

ОБЪЕДИНЕННОЙ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ И АВТОТЕХНИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

12 апреля 1958 г. на основании постановления следователя прокуратуры Н-ской области юриста 1-го класса Макарова от 24 марта 1959 г. объединенная экспертная комиссия в составе: судебномедицинских экспертов Н-ского областного бюро судебномедицинской экспертизы В. И. Винокурова, И. М. Сергеева, Д. Е. Дмитриева и автотехнического эксперта К. П. Томина закончила экспертизу по делу о смерти гр-на Н. И. Васина.

Обстоятельства дела

18 января 1959 г. в 20 час. 50 мин. Марков проезжал на закрепленной за ним автомашине М-20 № ЮД-23-32 на 31 км Н-ского шоссе в направлении от К. к П. В машине рядом с Марковым сидел Григорьев.

Марков и Григорьев показали, что Григорьев заметил впереди машины, на правой стороне проезжей части дороги, лежащего человека и сказал об этом шоферу Маркову. Последний также увидел в это время человека впереди машины на расстоянии 12—15 м. Марков затормозил свою машину и повернул руль вправо. В связи с тем, что проезжая часть дороги была обледеневшей, машину при торможении занесло вправо, так что передними колесами она въехала в кювет.

Водитель Марков и Григорьев показали, что машина не сбивала потерпевшего (оказавшегося гр-ном Васиным) и не переехала через него колесами, а лишь отбросила его левой частью машины во время скольжения ее по полотну дороги при торможении и развороте машины.

В протоколе осмотра места происшествия старшим оперуполномоченным ОРУД Н-ского РОМ МО лейтенантом милиции И. в 22 час. 15 мин.

записано: «На Н-ском шоссе против телеграфного столба на 31 км в левом кювете по ходу на К. стоит автомашина М-20 № ЮД-23-32 передними колесами в кювете, задними на обочине шоссеиной дороги, и развернута под углом 75° к проезжей части. Мотор ее работает. На проезжей части дороги в 6 м от задней части автомашины на правой стороне по ходу движения имеется красное пятно, похожее на кровь, диаметром 20 см. От этого пятна на расстоянии до 12 см по ходу движения машины вдоль оси дороги имеются брызги крови. От красного пятна в сторону К. на проезжей части дороги ярко видны 2 параллельных следа пути торможения автомашины длиной в 11 м, которые заканчиваются на расстоянии 6 м от стоящей автомашины.

При осмотре стоящей автомашины установлено: на внутренней части переднего левого крыла и на левой стороне переднего амортизатора имеются следы крови. Оперение, облицовка и радиатор повреждений не имеют.

Потерпевший Васин после происшествия оказался лежащим на обочине дороги, куда, по объяснению Маркова, последний перенес его с проезжей части шоссе. С места происшествия потерпевший был доставлен в 22 час. 30 мин. в хирургическое отделение Н-ской районной больницы, где 19 января 1959 г. в 8 часов, не приходя в сознание, скончался.

Клинический диагноз: перелом основания черепа.

При судебно-медицинском исследовании трупа 19 января 1959 г. были установлены следующие повреждения:

а) при наружном осмотре: «...над наружным краем правой брови ссадина неправильной формы, размером $1,5 \times 1$ см, покрытая темно-красной корочкой. Вокруг обоих глаз темно-синие кровоподтеки. Хрящевая часть спинки носа резко припухшая, осаднена, красноватого цвета. Верхняя губа резко припухшая, на ней посредине неправильной формы рана, проникающая через всю толщу губы, размером $3 \times 0,2$ см, края которой стянуты шелковыми швами. На подбородке посредине горизонтально располагается рана звездчатой формы, размерами $3 \times 0,5$ см. Края ее осаднены, кровоподтечны, неровны, стянуты двумя шелковыми швами. Со стороны слизистой на нижней губе рваная рана с надорванными краями, размерами $4,5 \times 2$ см, соединяющаяся с раной на подбородке. На слизистой верхней и нижней губ вокруг описанных ран обширные, темно-синие кровоизлияния. Нижняя половина левого плеча и все левое предплечье резко увеличены в объеме, темно-синего цвета. На передней поверхности средней трети левой голени бледно-синяя припухлость, размерами 12×5 см, на разрезе которой в подлежащих тканях темно-красное кровоизлияние, толщиной до 0,5 см».

б) При внутреннем исследовании: «Под твердой мозговой оболочкой левого полушария мозга обширное, темно-красное кровоизлияние, состоящее из красных кровяных свертков, объемом до 250 мм. Мягкая мозговая оболочка полнокровна, тонка, блестяща, под ней в области левого полушария мозга тонкий слой жидкой крови и красных кровяных свертков. Вещество мозга на разрезе бледно, влажно, рисунок его выражен, кровоизлияний в ткани не обнаружено. В желудочках мозга небольшое количество жидкой крови... Под париетальной плеврой первого, второго и третьего межреберных промежутков слева — темно-красное кровоизлияние... Кости скелета целы».

По заключению вскрывавшего труп судебно-медицинского эксперта установлено, что «повреждения могли быть причинены твердым тупым предметом или от удара о таковые. Смерть гр-на Н. И. Васина наступила от сдавления мозга кровью, излившейся под твердую мозговую оболочку левого полушария мозга. При вскрытии трупа запаха алкоголя не ощущалось».

12 апреля 1959 г. была назначена комиссия, автотехническая и судебно-медицинская экспертиза, перед которой были поставлены следующие вопросы:

1. С какой скоростью следовала машина М-20 № ЮД-23-32 в момент происшествия и какая видимость при ближнем свете фар машины М-20.

2. Нарушил ли правила движения водитель Марков, если нарушил, то в чем выразились эти нарушения, и мог ли он предотвратить наезд на Васина при изложенных обстоятельствах.

3. В каком положении находился потерпевший Васин в момент причинения ему описанных в акте вскрытия его трупа телесных повреждений и какими орудиями они могли быть причинены.

4. Если повреждения, описанные в акте исследования трупа Васина, причинены автомашиной М-20, то какими частями этой машины и каково могло быть взаимоположение машины и потерпевшего в момент происшествия.

5. Если не все повреждения Васину причинены машиной М-20, то какие из них получены от машины М-20 и какие от других причин.

6. Не могли ли эти другие повреждения быть причинены автомашиной другой марки, если да, то какой именно и каково было взаимоположение машины этой марки и потерпевшего.

7. Если Васину причинены повреждения только машиной М-20 № ЮД-23-32, то могла ли образоваться лужа крови диаметром 20 см на дороге при наезде машины на Васина.

8. Причина смерти Васина.

Для уточнения характера повреждений на левой голени, левом плече и предплечье были назначены эксгумация и повторное исследование трупа Васина. При повторном исследовании 25 марта 1959 г. обнаружили гнилостные изменения внутренних органов и следующие повреждения:

1. Рвано-ушибленные раны в области верхней и нижней губы с кровоизлияниями в окружающей ткани и кровоизлияния в мягкие ткани обеих глазниц.

2. Обширные кровоизлияния с расслоением мышц в области левого плеча и предплечья.

3. Ограниченные внутрикожные кровоизлияния по передней поверхности средней трети обеих голеней и массивные расслаивающие мышцы кровоизлияния с образованием карманов со сгустками крови в обеих голени.

При повторном вскрытии из трупа Васина были взяты части органов и направлены на судебнохимическое исследование для установления наличия в них этилового алкоголя, а также для гистологического исследования.

Эксперты участвовали при проведении следственного эксперимента для сопоставления повреждений, имевшихся на трупе Васина, с частями автомашины М-20 № ЮД-23-32.

Телогрейку, в которую был одет Васин в момент происшествия, направили на криминалистическую экспертизу.

Заключение

1) Объективным критерием для определения скорости движения автомобиля является тормозной путь. К делу приложена схема дорожного происшествия, составленная представителем милиции и подписанная водителем Марковым. Из нее видно, что машина после торможения прошла 11 м, наехала на лежавшего на проезжей части человека и затем через 6 м съехала в кювет.

Принимая во внимание, что тормозным путем в 11 м скорость движения не была полностью погашена, что после этого автомашина наехала на лежавшего на дороге человека, затем 6 м прошла боковым юзом и зарылась в сугроб в кювете, скорость движения в момент торможения экспертиза принимает не менее, чем 40 км/ч.

Что касается вопроса о видимости при ближнем свете фар автомобиля М-20, то экспертиза не в состоянии дать исчерпывающий ответ, так как не

располагает необходимыми для этого данными. Автомобили марки М-20 снабжены фланцевой лампой с двумя линиями накаливания — 50 св (для дальнего света) и 21 св (для ближнего). Дальность освещения современными фарами доходит до 200—300 м. Однако при включении ближнего света лучи от нити ближнего света идут книзу, вследствие чего дальность освещения значительно уменьшается и находится в зависимости от установки фар. По Правилам движения со скоростью более 30 км/ч дорога впереди автомобиля должна освещаться на расстоянии не менее 100 м.

2) Водителем Марковым нарушены Правила движения по дорогам и в городах Н-ской области, утвержденные облисполкомом 25 января 1958 г. за № 3, разд. I, ст. 31, п. «в».

Как видно из материалов дела, дорога была скользкая, так как был гололед. По показаниям самого Маркова, скорость движения его автомашины в момент наезда составляла 40—45 км/ч, что соответствует и объективным данным (см. ответ на первый вопрос).

По Правилам движения «в условиях гололедицы скорость движения транспорта всех видов не должна превышать 15 км/ч».

Основание: Правила, раздел VIII, ст. 31, п. «в».

В районе катастрофы водитель Марков проявил невнимательность, выразившуюся в том, что он не учел состояния дороги и скорости движения своей машины и резким торможением в условиях гололеда создал благоприятные условия для заноса машины. Далее, заметив лежащего на проезжей части дороги человека на расстоянии 15 м (лл. д. 8, 12, 21), не использовал возможности объезда его слева и справа. При движении автомобиля со скоростью 40 км/ч в секунду он проходит 11,1 м, следовательно, Марков в своем распоряжении имел 1,4 секунды ($15 : 11,1$), в течение которых мог плавно повернуть автомашину в сторону и тем избежать наезд на лежащего человека (время реакции с использованием тормозной системы определяется в среднем в 1 секунду, а поворот руля на небольшой угол потребовал бы меньше времени).

Невнимательность Маркова проявилась и в том, что он поздно заметил опасность (лежавшего человека): по его показаниям, впервые он заметил его на расстоянии 15 м, между тем как сидевший рядом с водителем Григорьев увидел Васина на расстоянии 50 м (л. д. 9).

По Правилам же движения «безопасность движения требует строгой дисциплины и постоянного внимания от водителей транспорта и пешеходов». Основание: Правила, раздел I, ст. 1.

«Мог ли водитель Марков предотвратить наезд на Васина при создавшихся условиях?»

При создавшихся условиях Марков мог предотвратить наезд на Васина. Марков увидел лежавшего на проезжей части человека на расстоянии 15 м. Скорость движения его автомашины в этот момент составляла 40 км/ч, или 11,1 м/сек. При этой скорости расстояние в 15 м он должен был проехать за 1,4 секунды. На время реакции с использованием тормозной системы требуется в среднем 1 секунда. Учитывая состояние дороги (гололед), Марков мог повернуть машину в сторону (направо или налево), не тормозя автомашины, так как положение человека на проезжей части позволяло водителю объезд с любой стороны.

Если бы Марков в районе происшествия строго выполнил правила движения и на скользкой дороге не развил скорости движения более 15 км/ч, он мог бы остановить машину на расстоянии 9,5 м.

Автотехнический эксперт (ТОМИЛИН)

3) Первичным и повторным судебно-медицинским исследованием трупа гр-на Н. И. Васина установлено наличие двух групп повреждений:

а) травматического кровоизлияния под твердую мозговую оболочку левого полушария со сдавлением мозга, кровоизлияния под мягкую мозговую

оболочку левого полушария головного мозга и в желудочки мозга, рвано-ушибленных ран верхней и нижней губ, проникающих в полость рта, с кровоизлиянием в окружающие ткани, осаднения кожи носа с деформацией хрящевой его части и кровоизлияния в области нижних и верхних век обоих глаз.

б) массивного кровоизлияния в подкожную клетчатку и мышцы в области нижней половины левого плеча с расслоением их и образованием карманов, заполненных кровью, массивного кровоизлияния в области левого локтевого сустава, верхней и средней третей левого предплечья; ограниченных внутрикожных кровоизлияний по передней поверхности средних третей обеих голеней, циркулярных подкожных кровоизлияний и массивных, расслаивающих мышцы кровоизлияний с образованием карманов со свертками крови в обеих голени на протяжении 25 см с каждой стороны.

Повреждения в области головы и лица причинены твердыми, тупыми предметами со значительной силой или при ударе головой о такие предметы. Это могло быть, наиболее вероятно, при падении. Однако эти повреждения не могли образоваться от переезда головы колесом автомашины М-20.

Повреждения в области обеих голеней, на левом плече и предплечье характерны для переезда колесами автомашины и не могли образоваться от удара частями автомашины при наезде на Васина.

Кроме того, на правой половине спинки ватной телогрейки Васина обнаружен след воздействия боковой части колеса автомашины. По заключению криминалистической экспертизы этот след мог произойти от удара о телогрейку Васина боковой частью колеса. В месте, соответствующем местоположению указанного следа, какие-либо повреждения на спине трупа отсутствовали, что может быть объяснено:

- а) смягчением одеждой удара боковой частью колеса по телу Васина;
- б) относительно небольшой силой удара.

Учитывая имеющиеся в деле схему дорожного происшествия (л. д. 5), показания свидетелей Григорьева и Маркова, результаты следственного эксперимента от 20 марта 1959 г. и характер повреждений на трупе Васина, объединенная судебно-медицинская и автотехническая экспертная комиссия считает, что в момент наезда автомашины М-20 Васин лежал на проезжей части дороги, и при этом одновременно всех перечисленных повреждений он получить не мог.

Пятно крови диаметром 20 см на дороге образовалось от кровотечения из ран в области лица Васина. Характер и размеры этого пятна говорят о том, что гр-н Васин Н. И. после получения ран некоторое время лежал на дороге. Следовательно, это пятно крови не могло образоваться в случае наезда на гр-на Васина автомашины М-20 с последующим отбрасыванием его тела.

Брызги крови на внутренней поверхности переднего левого крыла и на амортизаторе автомашины М-20 также не могли возникнуть одновременно с образованием ушиблено-рваных ран на лице в момент наезда на Васина автомашины М-20.

Учитывая происхождение пятна крови на дороге диаметром 20 см и расположение кровяных следов на частях автомашины М-20, следует считать, что повреждения на голове должны были предшествовать наезду на гр-на Васина автомашины М-20.

4) Отсутствие точных данных о положении тела Васина до наезда на него автомашины М-20 и изменение обстановки места происшествия (перенос пострадавшего с места первоначального его нахождения) не дают возможности точно установить взаимоположение автомашины с телом Васина в момент наезда на него автомашины М-20 ЮД-23-32. Расположение следа, обнаруженного на задне-боковой части ватной телогрейки Васина, указывает на то, что в момент удара боковой частью колеса автомашины в спину

Васина последний лежал на боку. Учитывая, что сила удара боковой части колеса была небольшая и не оставила следов на спине Васина, следует считать маловероятным отбрасывание его тела на 11 м от удара колесом. При этом нельзя полностью исключить возможности переезда автомашиной М-20 руки и ног Васина, так как расстояние между повреждениями на ногах и откинутой руке соответствует ширине колес автомашины М-20.

5) Отсутствие каких-либо индивидуальных признаков воздействия на тело Васина частей автомобиля М-20 ЮД-23-32 или какого-либо другого автомобиля не дает возможности установить, какие именно повреждения были нанесены Васину автомобилем М-20 ЮД-23-32.

Можно лишь сказать, что этим автомобилем или, во всяком случае, автомобилем, имеющим такие же шины, как автомашина М-20, был нанесен удар в спину боковой частью колеса. Происхождение остальных повреждений у Васина указано в ответе на вопрос 3.

6) Экспертная комиссия не располагает какими-либо данными для ответа на вопрос о том, что описанные в п. 3 заключения повреждения на теле и одежде Васина могли быть причинены автомашиной другой марки.

7) Ответ на этот вопрос см. в п. 3 заключения.

8) Смерть гр-на Васина Н. И. наступила от сдавления мозга кровью, излившейся под твердую мозговую оболочку в результате травматического разрыва сосудов мозговых оболочек. Эти повреждения были получены, вероятнее всего, при падении Васина на дорогу.

9) При исследовании внутренних органов, изъятых при повторном судебно-медицинском исследовании трупа, в них обнаружен этиловый алкоголь в количестве 0,5 (с введенной поправкой на гнилость в 0,1).

Эксперты: (ВИНОКУРОВ, СЕРГЕЕВ, ДМИТРИЕВ)
Следователь (МАКАРОВ)

ЧАСТЬ СЕДЬМАЯ

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ГЛАВА XXIX

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СВЯЗИ С УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Иногда поступающие на заключение следственные материалы касаются привлечения к уголовной ответственности медицинского персонала, врачей.

Уголовные дела, возбуждаемые против врачей в связи с нарушениями в их профессиональной деятельности, всегда требуют квалифицированной судебномедицинской экспертизы. Характер этих дел и особенности экспертизы заставляют рассматривать отдельно вопросы, касающиеся судебной ответственности медицинского персонала. Врач, имея дело со здоровьем и жизнью пациентов, несет огромную моральную ответственность перед ними и перед общественностью. Общественность и отдельные лица остро и живо реагируют на все необычные или кажущиеся такими исходы заболсваний, особенно связанные с активным вмешательством врача в течение болезненного процесса. Далеко не всегда деятельность врача оценивается правильно, так же как и предъявляемые ему обвинения заинтересованными лицами.

Учитывая возможность необоснованного привлечения врачей к ответственности и ненужного отвлечения их от работы, установлен определенный порядок привлечения врачей к уголовной ответственности по обвинению в должностных преступлениях, связанных с их профессиональной деятельностью.

Привлечение врача к уголовной ответственности может иметь место только с санкции прокурора края, области, автономной республики, а в республиках, не имеющих областного деления, с санкции прокурора союзной республики.

Расследование по этим делам должно, как правило, производиться следователем прокуратуры.

Осторожное отношение к возбуждению уголовных дел против врачей связано с характером их профессиональной деятельности.

Люди, недостаточно осведомленные в медицинских вопросах, часто неправильно оценивают возможность медицинской науки и действия врачей. Очень часто они судят по принципу: «После этого — значит вследствие этого». Если смерть их близкого человека последовала после оперативного вмешательства, то последнее принимается как причина смерти. Если врач не пришел сразу по вызову к тяжело больному, то это обстоятельство ставится в связь с наступившим смертельным исходом. Психологически можно понять людей, не желающих мириться со смертью близкого человека, иногда совершенно неожиданной, и стремящихся найти ее виновника. По этой же причине чаще других привлекаются к ответственности представители тех отраслей медицины, которые активными способами борются с болезненными процессами.

Свыше 60% врачебных дел возбуждается против акушеров-гинекологов и хирургов и около 40% — против врачей остальных специальностей. Понятно, с какой осторожностью надо подходить, с одной стороны, к проверке деятельности врача и возбуждению против него уголовного преследования, какой авторитетной должна быть экспертиза по таким делам. С другой, — за ширмой науки и сложной специальности нельзя давать укрываться недобросовестным, а иной раз и преступным личностям, позорящим медицинских работников. Следственному работнику необходимо иметь ясное и правильное представление о характере тех поступков, которые встречаются во врачебной практике.

Как уже было сказано, не всегда смертельный исход, наступивший в связи с врачебным вмешательством, может быть хотя бы косвенно поставлен в вину врачу. Иногда это бывает связано с такими индивидуальными особенностями организма, которые врач не в состоянии учесть. Например, известны случаи, когда смерть наступила при даче наркоза, причем техника дачи наркоза оказывалась безупречной, качество наркотического вещества высоким, доза минимальной. Никакие упущения не устанавливались, и тем не менее наступала смерть, которую врач не мог предусмотреть и в которой он и косвенно не повинен. Со стороны же людей, не сведущих в медицине, вина врача кажется бесспорной. Такие исходы наблюдаются иногда и при других лечебных мероприятиях: внутривенных вливаниях лекарственных веществ, электризации и др. Техника лечебного мероприятия, доза и качество лекарственного вещества соответствуют необходимым требованиям. Тяжелый исход и здесь не может быть поставлен в вину врачу, который при всей внимательности, знаниях и опыте не мог предусмотреть такого исхода, зависящего от особых индивидуальных свойств организма его пациента.

Так, при туберкулезе легких применяется в некоторых случаях вдувание газа в полость плевры через иглу, которой прокалывают грудную стенку (наложение пневмоторакса). Это — несложная операция, проделываемая десятки и сотни тысяч раз, но в отдельных случаях при дыхании легкое накалывается на иглу, пузырьки газа проникают через сосуды легкого в сердце, и наступает мгновенная смерть от газовой эмболии.

Такое осложнение может произойти в руках самого опытного врача при принятых им мерах предосторожности. Опять-таки и здесь со стороны врача вина кажется несомненной. На самом же деле в этом случае нет оснований говорить даже об ошибке врача. Приведенные примеры и другие, подобные им, по существу иллюстрируют последствия врачебного вмешательства, которые относятся к категории несчастных случаев. Понятно, что каждый отдельный случай требует конкретизации. Чтобы подтвердить несчастную случайность, необходимо категорически исключить возможность небрежности, халатности или просто ошибки.

Другой категорией являются врачебные ошибки. К ним относятся добросовестные заблуждения врача в процессе его профессиональной деятельности, имеющие в основе: несовершенство современного состояния медицинской науки и ее методов исследования или объективные внешние условия, или недостаточную подготовку и опыт самого врача. Основным признаком врачебной ошибки будет, следовательно, добросовестное заблуждение. Сюда нельзя отнести, конечно, добросовестного заблуждения, основанного на невежестве, которое так и нужно расценивать.

Ошибки, основанные на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, вполне возможны и бывают у авторитетных представителей медицинской науки. Ни закономерности, ни явления в здоровом и больном организме не изучены достаточно, и оценка их меняется в связи с новыми открытиями. Кроме того, отдельные методы исследования, применяемые в медицинской практике, еще далеки от совершенства; таков, например, даже рентген, который неосведомленным людям кажется совершенством. Многого зависит от того, кто эти методы исследования применяет. Даже опытные врачи могут быть введены в заблуждение тем, что неизвестно еще медицинской науке, или неправильными результатами и оценкой несовершенных методов исследования.

Ошибки, основанные на объективных внешних условиях, объясняются тем, что врач не имеет достаточно времени и средств или подходящих условий для детального обследования. Например, в больницу доставляют больного с грозными

симптомами со стороны органов живота, с состоянием, которое называется «острый живот». Такое состояние может быть при различных заболеваниях органов брюшной полости, когда требуется срочная операция для спасения жизни больного. Врач не имеет времени для постановки и уточнения диагноза и начинает операцию без диагноза. Но такие же симптомы «острого живота» могут быть и при заболеваниях, которые вовсе не требуют оперативного вмешательства, например при пищевом отравлении. Врач может совершить ошибку — вскрыть живот тогда, когда этого не требуется. Ошибка будет вынужденной, так как тяжелое состояние больного не дало возможности и времени уточнить диагноз и требовало срочного вмешательства. Ошибка вполне допустимая, оправданная, вызванная объективными внешними причинами.

Ошибки, вызванные недостатками подготовки и опыта врача, составляют, пожалуй, самую многочисленную группу ошибок. Имеются в виду, конечно, недостатки объективного характера, не зависящие от самого врача, его личных качеств, которые нельзя поставить ему в вину.

Врач, как и всякий специалист, оканчивающий высшее учебное заведение, обладает известной суммой знаний, с которыми он может начинать практическую деятельность, но еще не владеет специальностью и знания его ограничены. Он не может еще в совершенстве владеть техникой профессии и должен, помимо знаний, приобрести опыт, что может быть сделано только со временем. Нельзя предъявлять одинаковые требования к только что окончившему институт врачу и специалисту с большим стажем. Оба могут ошибаться и ошибаются, но ошибаются по-разному, и первый во много раз чаще, чем второй. Да и одинаковые действия их будут расцениваться по-разному. Представим себе, что только что окончивший институт врач и специалист-нейрохирург поставили ошибочный диагноз опухоли мозга и сделали операции трепанации черепа с одинаково печальным для больных смертельным исходом. Действия специалиста-нейрохирурга будут оцениваться как ошибка (при условии добросовестного заблуждения), тогда как самоуверенные действия молодого врача, рискнувшего на операцию, которую он знает только теоретически, будут не ошибкой, а серьезным проступком. Правильными были бы его действия в том случае, если бы он пригласил для консультации специалиста, сделал бы все для уточнения диагноза, направив, далее, больного для специальной хирургической помощи.

Опять-таки следует повторить, что о врачебной ошибке можно говорить только при условии добросовестного заблуждения и полного исключения признаков небрежности или преступного легкомыслия, сознательного преступления.

Ошибка в том смысле, как она представлена ранее, не может быть вменена в вину врачу. В практике, однако, часто ошибки путают с небрежностью, тогда как их следует строго различать. Само собой разумеется, что одно и то же действие врача, с одним и тем же исходом будет расцениваться по-разному в зависимости от ряда условий. Так, если врач произвел прободение болезненно-измененной стенки матки во время операции, выскабливания, и делал эту операцию, по показаниям, в больничных условиях, после тщательного обследования больной, то прободение матки будет либо ошибкой, либо несчастным случаем. Если он это сделал в тех же условиях, но без предварительного тщательного исследования больной, то это будет небрежностью. А если прободение матки произошло при проведении операции в домашних условиях без показаний, то это будет преступлением. Поэтому квалификация действий врача требует тщательного компетентного изучения каждого конкретного случая.

Небрежность или халатность — самая частая квалификация действий врача во врачебных делах. Нередко небрежность определяется как ошибка, что в корне неверно. Небрежность врача может проявляться по-разному. Небрежное обследование больного влечет за собой неправильный диагноз, просматривается всегда серьезное, тяжелое заболевание. Неправильный диагноз имеет следствием неправильное лечение или оперативное вмешательство. Небрежностью объясняется введение одного лекарства вместо другого и ряд иных врачебных действий. Разные степени проявления небрежности и ее последствий заставляют в одних случаях признать небрежность проступком, в других — преступлением.

Там, где врач в профессиональной деятельности прямо или косвенно совершает правонарушение, мы имеем дело с преступлением врача. Судебная практика знает факты, когда врачи свои специальные знания применяли для совершения преступлений, в частности убийств. Прямые указания о профессионально-должностных врачебных преступлениях имеются в ст.ст. 140, 157 и 180 УК.

Статья 140 предусматривает привлечение врача к уголовной ответственности за производство аборта не по показаниям, вне больниц и в антисанитарной обстановке. Под антисанитарной обстановкой понимается такая, в которой невозможно оказать необходимую хирургическую помощь в случае осложнений и провести послеоперационный режим, так как никакая обстановка, кроме больничной, не допускается при этой операции.

Статья 157 предусматривает неоказание помощи больному без уважительных причин и имеет в виду не только врача, но и ухаживающий медицинский персонал и родственников.

Вторая часть этой статьи предусматривает отказ лица, занимавшегося медицинской практикой, от оказания медицинской помощи, если этот отказ мог иметь опасные последствия. Под лицами, занимающимися медицинской практикой, следует понимать врачей лечебных специальностей. Под действие этой статьи не подходят те, которые занимаются нелечебными специальностями, например, судебномедицинские эксперты, патологоанатомы, преподаватели теоретических кафедр в медицинских институтах, санитарные врачи и др.

Статья 180 УК предусматривает занятие медицинским работником такого рода медицинской практикой, на которую он не имеет права. Эта статья относится преимущественно к действиям среднего медицинского персонала и редко — врачей.

Однако большинство уголовных дел возбуждается против врачей по обвинению их в небрежности, халатности и иногда в превышении пределов своей компетенции. В этих случаях обычно применяются ст.ст. 111 и 112 УК.

Разнообразие встречающихся врачебных ошибок, проступков и преступлений велико, но тем не менее они поддаются систематизации, и против них органы здравоохранения ведут работу, особенно в области снижения количества диагностических ошибок. Как показывает опыт, основная масса диагностических ошибок довольно однообразна, зависит от определенных условий и может быть предупреждена. Большую работу в этом отношении проводят патологоанатомические отделения больниц.

Как можно судить из изложенного, врачебные дела всегда требуют судебномедицинской экспертизы, и не просто экспертизы, а квалифицированной.

Народные комиссариаты здравоохранения и юстиции (циркуляр № 63 от 11 января 1928 г.) предписали экспертизу по делам о привлечении врачей по врачебным ошибкам производить крайевым и областным судебномедицинским экспертам в комиссии с участием врачей-специалистов по данному вопросу. Учитывая сложность возникающих вопросов, необходимо, чтобы суждение о правильности или неправильности действия врача поручалось или происходило с участием специалиста той же специальности, более квалифицированного и авторитетного. Для большей объективности и углубленности экспертизы она, безусловно, должна быть комиссионной, чтобы спорные вопросы были освещены всесторонне. Нельзя предлагать проводить такую экспертизу для разрешения судебномедицинскому эксперту, который не может и не имеет права единолично разрешать указанные вопросы. Практически важно собрать в подлинниках все медицинские документы, относящиеся к потерпевшему (истории болезни, амбулаторные карты, результаты анализов, исследований, записи консультантов и т. д.).

Целесообразно провести с судебномедицинским экспертом консультацию по всем собранным материалам и сформулировать вопросы, которые следует поставить комиссии экспертов.

Примеры:

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

25 мая 1959 г. на основании постановления старшего следователя прокуратуры Г-ской области юриста 2-го класса Поленова от 23 мая 1959 г. в помещении Г-ского областного бюро судебномедицинской экспертизы судебномедицинская комиссия в составе: начальника Г-ского бюро судебномедицинской экспертизы кандидата медицинских наук Голенева М. К., главного врача Г-ской больницы Черенкова К. Г., ведущего хирурга Г-ской больницы кандидата медицинских наук Мазева К. Р., ординатора (нейрохирурга) хирургического отделения Г-ской областной больницы кандидата медицинских наук Рженицына А. М. и судебномедицинского эксперта Г-ского областного бюро судебномедицинской экспертизы Еремина А. П. закончила производство судебномедицинской экспертизы по делу № 00005 «О смерти гр-на П-ского Петра Лаврентьевича, 23 лет».

Старший следователь т. Поленов поставил на разрешение экспертизы следующий вопрос: дать заключение о характере заболевания П-ского П. Л. и о возможности излечения имевшегося у него заболевания при своевременном направлении П-ского в специальное лечебное учреждение.

Обстоятельства дела

Из материалов стало известно, что П-ский П. Л., 23 лет, с ноября 1958 г. начал предъявлять жалобы на резкое снижение зрения, сначала на левый, а затем и на правый глаз, двоение в глазах, головные боли, рвоту, не связанную с приемом пищи.

Несмотря на эти жалобы, периодически предъявлявшиеся П-ским врачу поликлиники Набокову Г. М., он только в марте 1959 года был направлен для обследования в больницу.

30 марта 1959 г. П-ский поступил для стационарного обследования в неврологическое отделение областной больницы. В истории болезни на П-ского указано, что он поступил в больницу с жалобами на частое затуманивание глаз, прогрессирующее падение зрения на левый глаз, головные боли. Общее состояние при поступлении — средней тяжести. Сознание сохранено, расстройств восприятия нет; несколько адинамичен, вял. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца в норме, тоны чистые, пульс 74 удара в 1 минуту. Артериальное давление 110/65 ртутного столба. Органы брюшной полости в норме: функции тазовых органов не нарушены. Перкуссия черепа локальной болезненности не указывает. Реакция зрачков на свет сохранена; горизонтальный нистагм; симптом Бабинского слева, симптом Барре справа: очень легкое интенционное дрожание слева при пальценосовой пробе. Легочная атаксия при ходьбе, устанавливающаяся при закрывании глаз; наклонность к падению вправо, при поворотах. Чувствительных расстройств нет. Неубедительное снижение тонуса в правых конечностях.

Анализ мочи в норме. Анализ крови: гемоглобина 98%, эритроцитов 4,5 млн., лейкоцитов — 8,6 тыс.; палочковидных — 19, сегментированных — 53, лимфоцитов — 52, моноцитов — 5, эозинофилов — 6, РОЭ 6 мм в час.

Реакции Вассермана, Райта отрицательные. Рентгеноскопия грудной клетки в норме. Рентгенограмма черепа: нечеткость передней спинки

турецкого седла. Анализ спинномозговой жидкости: давление высокое — струя; жидкость — ксантохромия, прозрачная. Цитоз — 5, белок — 2,8. Реакция Панди и Нонэ-Апельта положительные.

Глазное дно: сосочки зрительных нервов грибовидно выпячены; гиперемированы. Артерии узкие, вены расширены, извиты, утопают в отечной ткани. Кровоизлияния нет.

В поле зрения: правый глаз: 45°, 35°, 5°, 50°, 65°, 40°, 30°; левый глаз: 10°, 5°, 10°, 35°, 30°, 35°, 20°.

За время пребывания П-ского в больнице дважды наблюдалась рвота ночью, нарастание интенсивности головных болей.

Клинический диагноз: опухоль головного мозга (заднечерепная ямка — мозжечок); застойные соски зрительных нервов с переходом в атрофию.

16 апреля 1959 г. П-ский для дальнейшего обследования переведен из областной больницы в нейрохирургический институт, куда поступил с жалобами на головную боль, прогрессирующее падение зрения, частое затуманивание глаз.

Объективно: общее состояние средней тяжести; сознание сохранено. Адинамия. Дальность зрачка равномерная; реакция на свет живая: движения глазных яблок не ограничены. Горизонтальный нистагм влево. Сухожильный рефлекс верхних конечностей справа выше чем слева — так же, как и коленных, ахилловых. Преломляющие среды глаз прозрачные. При офтальмоскопии с обеих сторон определяется картина ярко выраженных застойных сосков зрительного нерва. Определяется резкое расширение вен глазного дна. При рентгенограмме черепа в двух проекциях обнаруживается истончение костей свода в затылочной и височно-теменных областях. Дно турецкого седла уплощено, вход в него расширен.

Зрение на правый глаз — 0,2, на левый глаз — 0,05. Миэстезия правой половины лица по ядерному типу. Остальные черепно-мозговые нервы в норме. Объем движений во всех суставах полный, сила достаточная. Пассивные движения и тонус не изменены. Пальценосовую пробу выполняет неточно. Горизонтальный нистагм легко истощающийся влево, малой амплитуды; адиадохокинез слева. Рефлексы умеренно живые, равномерные; глоточный отсутствует с двух сторон. Дермография — местная, нестойкая.

Лабораторные исследования: анализ мочи и крови без отклонений от нормы. Анализ ликвора: бесцветная, прозрачная, резко положительная реакция Панди (творог).

Данные пневмо-энцефалографии от 23 апреля 1959 г.: воздух только в правом боковом желудочке, который несколько смещен вправо, передний рог его в затылочном положении почти не проэцируется, на боковой рентгенограмме воздух, по-видимому, также и в правом желудочке, центральный и передний рог не проэцируются.

На основании данных клинического обследования врачи пришли к заключению: выраженный гипертензионный синдром с резким снижением остроты зрения позволяет думать о развитии внутричерепного новообразования. Данные клинического обследования, а также пневмо-энцефалографии и ангиографии позволили локализовать процесс в левой височной области, в базально-медиальном отделе ее. Что касается характера опухоли, то надо думать о глиальном типе астрома; не исключается возможность наличия кистозной астрома (проф. С-ков).

27 апреля 1959 г., с согласия П-ского и его родителей, проф. С.-ким была произведена операция — костно-пластическая трепанация в левой височной области с продвижением, декомпрессией и образованием костного окна 8 × 7 см.

Операция производилась под местным — новокаиновым (0,5% — 4 мл) — обезболиванием. Твердая мозговая оболочка резко напряжена — напряжение

несколько уменьшилось после выпуска спинномозговой жидкости люмбальным проколом (30 мл). Твердая мозговая оболочка вскрыта крестообразным разрезом с дополнительными усечениями. Извилины мозгового вещества височной доли резко сглажены. Удалось до некоторой степени ревизовать основание левой височной доли — экстрацеребрального расположения, опухоли не обнаружено.

Ввиду невозможности визуальной ревизии основания височной доли и вертикального расположения опухоли в медиальном отделе операция закончена декомпрессивной трепанацией, твердая мозговая оболочка не зашита, поверх нее наложена Т-фибриновая пленка. Кожный лоскут наложен на место. На кожу наложены швы, повязка. Швы сняты 8 июля 1959 г. Заживление операционной раны произошло первичным натяжением.

9 мая П-ский переведен из нейрохирургического института обратно в областную больницу. В истории болезни № 2735 областной больницы на П-ского Петра Лаврентьевича указано, что он повторно поступил в больницу после операции в нейрохирургическом институте с жалобами на потерю зрения на оба глаза и периодические головные боли. Общее состояние средней тяжести.

Назначена глубокая рентгенотерапия левой височной области; проделан курс в 10 сеансов — общая доза облучения 2 тыс. г. Рентгенологическое облучение перенес хорошо. В контакт вступает, но заторможен, сознание сохранено, ориентирован полностью; зрачки расширены; реакция на свет отсутствует. Легкий центральный парез правого лицевого нерва. В области костного дефекта отмечается умеренное выбухание. Нарастания неврологических симптомов не отмечается.

После рентгенотерапии будет проводиться симптоматическая терапия.

Окончательный клинический диагноз: глиальная опухоль левой височной доли; слепота на оба глаза. Состояние после костно-пластической трепанации черепа с декомпрессией слева.

«Обстоятельства дела» составила судебно-медицинская экспертная комиссия (Голенев М. К., Черенков К. Г., Мазев К. Р., Рженицын А. М. и Еремин А. П.).

Заключение

На основании данных медицинских документов, имеющих в деле, в соответствии с поставленным вопросом судебно-медицинская комиссия приходит к следующему заключению:

1) П-ский Петр Лаврентьевич страдает злокачественной опухолью левой височной области головного мозга.

Расположение опухоли в глубине височной доли исключило возможность применения единственного метода лечения опухоли мозга — хирургического удаления опухоли.

2) После поступления П-ского в областную больницу 30 марта 1959 г. и в нейрохирургическом институте диагноз заболевания был поставлен правильно и подтвержден во время операции (27 апреля 1959 г.).

Если учесть, что первые симптомы опухоли мозга у П-ского (головные боли, рвота, двоение в глазах, резкое падение остроты зрения) имели место еще в ноябре — декабре 1958 года, а госпитализация и обследование были произведены только в апреле 1959 года, то следует признать, что в данном случае имело место запоздалое направление П-ского в специализированное лечебное учреждение, в котором мог бы быть поставлен правильный диагноз заболевания. Однако характер заболевания у П-ского — злокачественная опухоль левой височной доли головного мозга — таков, что даже при своевременном обращении П-ского в специализированное лечебное учреждение не могло бы быть излечено, ибо, как было указано, расположение

опухоли исключило возможность применения единственно возможного метода лечения, хирургического удаления опухоли.

Начальник Г-ского бюро судебномедицинской экспертизы
(ГОЛЕНЕВ М. К.)

Главный врач Г-ской больницы (ЧЕРЕНКОВ)

Ведущий хирург Г-ской больницы (МАЗЕВ)

Ординатор (нейрохирург) Г-ской больницы (РЖЕНИЦЫН)

Судебномедицинский эксперт Г-ского областного бюро
судебномедицинской экспертизы (ЕРЕМИН)

А К Т

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

С 6 по 9 августа 1959 г. на основании предложения старшего следователя областной прокуратуры юриста 1-го класса Мокрушина Л. В. от 24 июля 1959 г. судебномедицинская экспертная комиссия в составе: начальника бюро судебномедицинской экспертизы Н-ской области кандидата медицинских наук Лисицына А. П., заведующего 4-м хирургическим отделением Н-ской областной больницы кандидата медицинских наук Симонova П. К. и судебномедицинского эксперта Н-ского областного бюро судебномедицинской экспертизы Громкова С. И. произвела судебномедицинскую экспертизу по материалам дела о неправильном производстве операции гр-ке П.

На разрешение экспертизы были поставлены следующие вопросы:

1. Правильно ли теоретически была выполнена операция гр-ке П. 25 апреля 1959 г. по удалению фиброматозных узлов.
2. Каковы причины оставления инородного тела в брюшной полости.
3. Кто конкретно виновен в оставлении инородного тела.
4. Каковы последствия этой операции.

Обстоятельства дела

Гр-ка П. в 1957 году после 8-го аборта (у П., кроме 8 абортов, были 2 нормальных родов) стала ощущать боли в нижней части живота; из половой щели появилось кровотечение; менструации стали продолжительными и обильными, болезненными. С этими жалобами 16 апреля 1959 г. П. поступила в 3-ю городскую больницу.

Гинекологическим исследованием было установлено увеличение матки соответственно 6 неделям беременности; диагноз: фиброз матки. В дневнике истории болезни № 709/3 городской больницы отмечено, что П. с 1956 года страдает обильными продолжительными болезненными менструациями. Во время обследования возникло подозрение, что кровотечения из половых путей обусловлены наличием фиброматозных узлов подслизистой оболочки матки, которые при бимануальном исследовании определить не удавалось. Ввиду безуспешности проводимого ранее лечения было решено произвести больной операцию дифундации матки с исследованием ее полости.

В предоперационный период со стороны органов живота и грудной клетки патологических изменений не было установлено; пульс 74—76 ударов в 1 минуту, рентгеноскопированием грудной клетки отклонений от нормы не установлено, температура тела субфебрильная. Анализ крови от 18 апреля показал: РОЭ — 16 мм в час; лейкоцитоз — 5000; нейтрофилов — 41; эозинофилов — 10; лимфоцитов — 38; моноцитов — 11; палочкоядерных — 40. В моче

единичные лейкоциты и, в небольшом количестве, ураты, удельный вес мочи — 1028.

25 апреля 1959 г. под эфирно-кислородным наркозом была сделана операция, при которой из матки больной был вылучен узел новообразованной ткани, состоявший из переплетающихся соединительно-тканых пучков, без явлений незрелого роста.

На задней поверхности матки был обнаружен плотный фиброматозный узел, расположенный интерстициально и подходящий близко к слизистой матки. Произведено иссечение узла со вскрытием полости матки, которая подскоблена и смазана йодом. На матку наложены послойно швы. Незмененные придатки оставлены. Произведен туалет брюшной полости, рана зашита наглухо. Оперировал врач Д. с ассистентом У. и операционной сестрой К. Длительность операции 1 час. 15 мин. Согласно справке главного врача 3-й городской больницы 25 апреля 1959 г. врачом Д. произведена только одна операция гр-ке П., которая была начата в 10 час. и кончена в 11 час. 15 мин. Судя по описанию операции, в процессе ее проведения каких-либо осложнений, внезапных трудностей не возникло.

В послеоперационный период длительно не отходили газы, живот был вздут, была болезненность в области операционной раны. С 28 апреля состояние больной несколько улучшилось, однако пульс был част, температура приняла длительный субфебрильный характер. 28 апреля РОЭ достигла 60 мм в час; 2 мая в правой половине послеоперационного рубца появилось полужидкое, янтарного цвета отделяемое. 3 мая у больной был диагностирован остеомиелит правой половины нижней челюсти. 9 мая под местной анестезией произведена экстракция гангренозных зубов. В мае отмечался жидкий частый стул; 13 мая поставлен диагноз: послеоперационный параметрит. Проводилась пенициллинотерапия. Постепенно общее состояние улучшилось, и с 6 июня П. была выписана на амбулаторное лечение с незакрывшейся раной в области послеоперационного рубца.

21 июня гр-ка П. вновь поступила в стационар по поводу послеоперационного свища. С 17 июня П. отмечала обильные гнойные выделения из свища. При поступлении свищ достигал в длину 10 см. Состояние больной было удовлетворительным, пульс 72 удара в 1 минуту, ритмичный, хорошего наполнения, артериальное давление 120/75. Со стороны органов груди и живота патологии не отмечалось. В день поступления матка имела цилиндрическую форму, наружный зев был щелевидным, матка увеличена соответственно девятинедельной беременности, бугристая, безболезненная, ограниченно подвижная, своды свободные. Отмечается выделение белей; лобковые кости с внутренней поверхности безболезненны, РОЭ — 35, лейкоцитоз — 8200. Удельный вес мочи — 1027. При поступлении температура тела была нормальной.

22 июня произведена операция с иссечением стенок свища, удалением матки, резекцией части тонкого кишечника, ушиванием прямой, слепой и сигмовидной кишок. Операция проводилась под местной анестезией. Во время операции установлено, что передняя стенка матки спаяна с мочевым пузырем, задняя — со слепой, сигмовидной, прямой кишками. Обнаружены дефекты стенок этих кишок в местах спаяния, каждый дефект имеет размер 10 × 8 см. На тонком кишечнике обнаружены участки склероза на протяжении 18 см. При разъединении спаек в заднем дугласовом пространстве обнаружена салфетка размерами 75—35 см. Матка ампутирована надвлагалищно. Яичники оставлены. Края дефектов на сигмовидной, прямой и слепой кишках освежены и ушиты двухрядными швами. После резекции измененного тонкого кишечника (на протяжении 20—22 см) концы кишки соединены. Брюшная полость была осушена, и в нее введены стрептомицин и пенициллин по одному миллиону единиц. Брюшная полость зашита наглухо, а в подкожную клетчатку проведены тампоны.

После 45 дней пребывания в больнице П. выписана домой в удовлетворительном состоянии с зажившей раной.

Из объяснений операционной сестры К. явствует, что во время операции П. врачом Д. сестра К. считала материал и инструменты, а на вопрос хирурга ответила в конце операции, что все салфетки налицо. По мнению К., она могла ошибиться в счете салфеток из-за неучтенной салфетки, в которую были завернуты перчатки хирурга, а хирург невнимательно осмотрел брюшную полость. По мнению ассистировавшего хирурга У., оставление салфетки в брюшной полости является виной как сестры, так и хирургов, поверивших операционной сестре на слово и недостаточно внимательно проверивших брюшную полость. Врач Д. в своем объяснении считает в оставлении салфетки виновными всех трех участников операции — хирургическую сестру, заявившую о наличии всех салфеток, себя и У., не совсем внимательно осмотревших брюшную полость.

Заключение

Судебномедицинской экспертизой по материалам дела по жалобе гр-ки П. установлено:

1. Консервативно-пластическая операция на матке (миомэктомия), учитывая молодой возраст больной П. и развитие лишь единичного узла фибромиомы, была показана. Технически операция выполнена правильно.

2. а) По ходу консервативно-пластической операции, связанной со вскрытием полости матки, необходима тщательная изоляция матки от брюшной полости во избежание ее инфицирования, что обуславливает необходимость введения в брюшную полость большего, чем обычно количества салфеток.

б) С целью предупреждения возможности оставления салфеток в брюшной полости они должны фиксироваться зажимами либо прикрепляться к простыне, чего не было сделано при операции больной П.

в) Счет количества салфеток, выданных хирургу для введения в брюшную полость, — прямая обязанность операционной сестры.

Причиной оставления салфетки в брюшной полости явилось отступление хирурга от общепринятых установок при производстве операции (фиксация салфеток), а также недостаточная внимательность и взаимоконтроль всех лиц, участвовавших в операции.

3. Особую ответственность за оставление инородного тела несет производивший операцию хирург, так как он обязан лично контролировать действия своих помощников и перед зашиванием брюшной полости тщательно проверять ее на предмет исключения оставления инородных тел.

4. Последствиями оставления марлевой салфетки в брюшной полости явились пролежни стенок прямой, слепой и сигмовидной кишок с развитием воспалительного очага в малом тазу и образованием свища в области операционного рубца, а также рубцововоспалительные изменения участка тонкой кишки.

Все эти осложнения обусловили необходимость повторной операции с резекцией части тонкого кишечника на протяжении 20—22 см, надвлагалищной ампутации матки, ушивания дефектов слепой, прямой и сигмовидной кишок. Таким образом, оставление марлевой салфетки в брюшной полости привело к последствиям, угрожавшим жизни больной П.

Начальник бюро судебномедицинской экспертизы Н-ской области
кандидат медицинских наук (ЛИСИЦЫН)

Заведующий 4-м хирургическим отделением Н-ской областной больницы кандидат медицинских наук (СИМОНОВ)

Судебномедицинский эксперт бюро судебномедицинской экспертизы
Н-ской области (ГРОМКОВ)

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборт** — 375, 376, 378, 449
Автомобильная травма — 69
Аггравация 333, 335, 344, 359, 363
Агональные повреждения — 154, 186
Акт — судебномедицинской экспертизы — 32, 297
 — судебномедицинского исследования трупа — 428, 437, 441
 — для определения степени тяжести повреждения — 299, 305, 307
 — при самоповреждениях — 349
 — по поводу утраты трудоспособности — 327, 328, 329
 — для определения состояния здоровья — 332
 — по поводу симуляции радикулита — 340
 — по поводу определения половой зрелости — 366, 367
 — по поводу половой неприкосновенности — 370
 — по поводу изнасилования — 385, 387
 — по поводу производительной способности — 371
 — по поводу обнаружения следов развратных действий — 392
 — по поводу обнаружения следов мужеложества — 394
 — по поводу заражения венерической болезнью — 309, 312
 — экспертизы крови — 492
 — экспертизы волос — 501
 — экспертизы семенных пятен — 503
 — по материалам дела — 509, 521, 524
Алиментарная дистрофия — 286
Алкоголь — значение в транспортных происшествиях — 79
Алкоголя суррогаты — 250
 — отравление — 248
 — самоубийство алкоголиков — 459
Антифриз — отравление — 251
Асфиксия — см. *Задушение*
Атмосферное давление — болезненные расстройства и смерть — 217
 — действие высокого давления — 218
 — действие низкого давления — 219
Атмосферы загрязнение — 217
Атом распад — 212
Атомная бомба — 217
 — оружие — 217
 — электростанция — 215
 — ядро — 213
Бактериологическое исследование — 273
Беременность — экспертиза — 375
 — аборт — 375, 376, 378, 449
Близкий выстрел — следы — 112
Боевое оружие — виды — 98
Боеприпасы — пули — 104
 — порох — 105
 — дробь — 143
 — Болезни — экспертиза искусственных и притворных — 333
 — симуляция — 333, 334, 335, 337
 — аггравация — 344
 — самоповреждения — 345
 — распознавание искусственных и притворных — 358
Ботаническое исследование — 239
Ботулизм — 263
Бредовые лихорадочные состояния — 466
Венерическая болезнь — 309
 — экспертиза заражения — 309, 310
Вещественные доказательства — 479
 — при автотравмах — 75
 — при огнестрельных повреждениях — 146, 147
 — общие положения — 479
 — порядок исследования — 481
 — упаковка — 482
 — следы крови — 484
 — волосы — 495
 — семенные пятна — 502
Волосы — 480, 497, 498, 499
Взрывчатые вещества — 149
 — повреждения — 149
Внеутробная жизнь ребенка — 470
Возраст — определение — 395
Врачебная ошибка — 517
Временная утрата трудоспособности — 304, 314
Время наступления смерти — см.

Группные явления

Вскрытие трупа — при повреждениях
151, 154

- при отравлениях — 231
- отдельные случаи — 432
- порядок вскрытия — 421, 427
- перевскрытие — 428
- акт исследования — 428, 437, 441
- для установления причин смерти — 426

Вскрытие новорожденных — 467, 474, 476

Входное отверстие — 122

Выкидыш — 474, 477

Высотная болезнь — 189, 219

Выстрел — действие — 110

- изменение полета пули — 112
- с близкого расстояния — 112
- определение дальности расстояния — 132

— с дальнего расстояния — 141

— в упор — 133

— направление — 141

— определение оружия — 142

Высыхание трупа — 410, 415

— мумификация — 415

Выходное отверстие — 125

Газы — образование при выстреле — 112

— задушение от вдыхания — 188

Гематин — 488

Гематома — 52

Гермафродитизм — 374

Гипоксия — 162

Гниение трупа — 411, 413

Голодание — болезненные расстройства и смерть — 283, 285

Гомосексуализм — 393

Горная болезнь — 219

Грибы — отравление — 265

Девственная плева — 369

Дефектоскопия — 215

Дети — скоропостижная смерть — 452, 454

— грудных детей — 452, 454

— причины смерти — 471

Детоубийство — 472

Дефект кожи — 123, 125

Деформация пули — 111

Диссимуляция — самоубийства — 460

— болезней — 333, 334

Дихлорэтан — отравление — 252

Документация судебно-медицинской экспертизы — 32

Доношенность — определение — 468
— см. Акт судебно-медицинской экспертизы

Древесный спирт — отравление — 251

Дробь — 143, 144

Душевнобольные — самоубийство — 458, 459

Желудочно-кишечная проба — 470

Живорожденность — 469

Живые лица — поводы исследования — 288

— особенности исследования — 289

— экспертиза по поводу несмертельных повреждений — 294

— определение возраста — 395

— определение тождества личности — 400

Жизнеспособность младенца — 469

Жировоск — 414

Загнивание трупа — 411, 413

Замерзшие трупы — исследование — 432

Задушение — понятие и типы — 161, 162

— прижизненное течение — 163

— повешение — 166

— удавление петлей — 178

— сдавление груди и живота — 182

— от закрытия дыхательных путей — 180, 181

— утопление — 183

— от действия ядов — 188

— от вдыхания газов — 188

— от низкого напряжения кислорода — 189

— при болезненных состояниях — 189

Здоровье — определение состояния здоровья — 331

Зрение — потеря — 301

— самоповреждение органов зрения — 357

Зрелость и доношенность — 468

— определение — 468

Идентификация оружия — 142

— трупа — 435

Излучение электромагнитное — 213

— световое — 214, 217

— тепловое — 217

Изнасилование — ответственность — 381, 382

— экспертиза — 382, 385, 387

— с применением угроз — 384

Имбибиция — 408

- Инородные тела — смерть от закрытия дыхательных путей — 181
 Инфекционные заболевания — скоропостижная смерть — 454
 Ионизация — 213
 Ионизирующее излучение — 211, 213
 — дозы — 214
 — типы — 212
 — источники — 212
 Истязания — 305
- Калибр** — огнестрельного оружия — 107, 108, 109, 140, 142
 Кислородное голодание — 162, 219
 Кишечная палочка — 261
 Колюще-режущие орудия — 92
 Колющие орудия — 90
 Контузия — 58
 Копоть следы — 113
 Кровоизлияние — 180
 Кровоподтеки — 179, 180, 181
 Кровопотеря — задушение от К. — 189
 Кровь — исследование следов — 484
 — установление происхождения кровавого пятна — 487
 — спектральное исследование — 488
 — видовое определение — 489
 Кумуляция — ядовитых веществ в организме — 227
- Лаборатории** — судебно-медицинские — 481
 — судебно-химические — 233
 Легочная проба — 470
 Лечебные учреждения — экспертиза в лечебных учреждениях — 289
 Лечебные мероприятия — смерть при лечебных мероприятиях — 455
 Лучи рентгеновские — 213
 — космические — 212
 — гамма — 213
 Лучевая болезнь — 211, 214
 — острая — 215
 — хроническая — 215
- Малокровие острое** — как причина смерти — 450
 Материалы дела — представление при экспертизе — 294
 — экспертиза по материалам дела — 508
 Мацерация — 184, 185, 186
 Медицинские отравления — 229
 Медицинский персонал — ответственность — 515
 Медь — отравление — 270
- Меконий — 506
 Метиловый спирт — отравление — 251
 Мицетизм — 265
 Младенец — новорожденность — 467
 — зрелость и доношенность — 468
 — жизнеспособность — 469
 — живорожденность — 469
 — продолжительность внеутробной жизни — 470
 — насильственная смерть — 472
 — ненасильственная смерть — 471
 — осмотр трупа — 467
 Мнимая смерть — 404
 Молния — поражение — 210
 Морфин — отравление — 247
 Мужеложство — 393
 Мумификация — 415
 Мучения — 305
 Мышьяк — отравление — 242
- Направление выстрела** — 141
 Насильственная смерть — 405
 Небрежность врача — 519
 Ненасильственная смерть — 405
 Несчастный случай — отравление — 229
 — определение утраты трудоспособности при несчастных случаях — 317
 — как последствие врачебного вмешательства — 517
 Нетрудоспособность — определение причин утраты трудоспособности — 316
 Новорожденность — 467
- Обгоревший труп** — 193
 Обезображение лица — неизгладимое — 302
 Облучение наружное — 215
 Обугливание при ожоге пламенем — 193, 195
 Огнестрельные ранения — следы близкого выстрела — 112
 — входное отверстие — 122
 — выходное отверстие — 125
 — пулевой канал — 128
 — слепые ранения — 130
 — обнаружение пули — 132
 — от выстрела в упор — 133
 — от выстрела на близком расстоянии — 136
 — от выстрела с дальнего расстояния — 141
 — из охотничьего ружья — 143
 — от холостого выстрела — 145
 — происхождение — 148

- от взрывчатых веществ — 149
- при самоубийствах — 463
- при самоповреждениях — 346
- Ожоги — степени — 191
- причины смерти — 192
- изменение поверхности тела — 193
- прижизненные и посмертные — 195
- определение происхождения — 195
- при электротравме — 207
- Окись углерода — отравление — 244
- Окоченение трупа — 409
- Омыление — 415
- Оплодотворение — неспособность — 373
- Опознание трупа — 435
- Опухоль искусственная — 356
- Органы дыхания — заболевания О. д. как причина смерти — 453
- Орудия тупые — 56
- колющие — 90
- режущие — 87
- Орудия — рубящие — 93
- определение типа — 95
- Оружие огнестрельное — 95
- классификация — 96
- боевое — 98
- спортивное — 100
- охотничье — 101
- самодельное — 103
- определение типа — 142
- Освидетельствование — потерпевших и водителей автотранспорта — 77
- для определения тяжести телесных повреждений — 299, 300, 305
- для установления степени утраты трудоспособности — 314
- повторное — 292
- Осмотр места происшествия — 421
- Осмотр трупа — 423
- при транспортных повреждениях 69, 81
- умерших от задушения — 164, 166
- при повешении — 170, 175
- утопленников — 183, 186
- при поражении электротоком — 209
- на месте происшествия — 421
- Ответственность эксперта — 29
- медперсонала — 515
- Отвод эксперта — 28
- Отморожение — 195, 198
- Отпечатки на коже частей автомобиля и одежды — 73, 76
- дульного среза — 135
- Отравление окисью углерода — 244
- понятие — 220
- действие яда — 224, 227
- течение и исход — 228
- выделение ядовитых веществ — 228
- происхождение — 229
- клиническая картина — 228, 230
- вскрытие трупа — 231
- исследование — 233
- действие отдельных ядов —
- пищевые — 264, 265, 271
- самоубийство — 461
- Охлаждение — действие холода — 196
- смерть от О. — 189
- Охлаждение трупа — 406
- Падение — повреждение при П. — 65
- Палочка протей — 262
- Патроны — 103
- Перегревание тела — 191
- Переломы костей — 53, 62
- Переутомление — болезни и смерть от П. — 284
- Петли — виды — 167, 168
- strangуляционная борозда — 171
- Пищевые отравления — 258
- Пламя при выстреле — 113
- Побои — 305
- Повешение — осмотр трупа — 166
- признаки смерти — 170
- Повреждения — виды — 45
- ссадины — 49
- кровоподтеки — 50
- вывихи — 53
- перелом — 53, 62
- раны — 54, 60
- размятия (размозжения) — 54, 65
- отделение частей тела — 55
- классификация — 55
- от тупых орудий и предметов — 56
- автомобильная травма — 69
- железнодорожная травма — 81
- авиационная травма — 85
- спортивная травма — 86
- колющими и режущими орудиями — 87
- от взрывчатых веществ — 149
- рубящими орудиями — 93
- безусловно-смертельные и условно-смертельные — 151
- установление причин смерти — 152
- прижизненные и посмертные — 154
- агональные — 154
- способность к действию при П. — 156
- на трупах утопленников — 186

- от действия высокой и низкой температуры — 190, 199
- электротравма — 199
- экспертиза телесных повреждений — 294
- тяжкие — 299
- легкие — 303 — *см. Раны, Телесные повреждения*
- Повторная экспертиза — 20
- «Поза боксера» — 193
- Половая зрелость — определение — 364
- Половое сношение — определение производительной способности — 370
- установление бывшего полового сношения — 382
- насильственное — 384
- Половые преступления — 381
- Порох — виды — 105
- следы при близком выстреле — 112
- Порошинки — 117, 119
- Поясок обтирания — 124, 127
- Поясок осаднения — 124, 127
- Производительная способность — потеря — 302
- определение — 370
- Проникающая способность — 212, 213
- Протокол осмотра места происшествия — 424, 425
- эксгумации — 446
- повторного судебно-медицинского исследования трупа — 443
- Профессиональное отравление — 229
- Психическое воздействие — болезненные расстройства и смерть от психического воздействия — 283
- Пулевой канал — 128
- Пуля — виды — 105
- пробивная способность — 110
- обнаружение — 132
- Пыжи — 143, 145
- Пятна Вишневского — 197
- Пятна Тардые — *см. Экхимозы*
- Пятна — трупные — *см. Трупные явления*

Радий — 212

- Радиоактивность — естественная
- искусственная — 211, 212
- Радиоактивные элементы — 212
- изотопы — 212
- осадки — 217
- применение — 214
- распад — 212
- Радиография — 214
- Радиотерапия — 214

- Развратные действия — 391
- Размятие (размозжение) — 65
- Разрушение трупов животными, птицами, насекомыми — 417
- Разрывы — внутренних органов — 62
- Раны — от ударов тупыми предметами — 60
- резаные — 88
- колотые — 91
- колото-резаные — 92, 93
- рубленые — 93
- огнестрельные — 122, 130
- экспертиза — 296
- при самоповреждениях — 346, 350, 353
- Расследование — пищевых отравлений — 272, 277
- Растения — отравление — 265
- расчленение трупа — 432
- Реакция Чистовича — 489, 490
- Рентген доза — 214
- Рентгеновский аппарат — 213
- Рентгенотерапия — 213
- Режущие орудия — 87
- Реставрация трупа — 437
- Речь — потеря — 301
- Ртуть — 243
- Рубцы — 296
- Рубящие орудия — 93
- Рыба — отравление ядовитыми Р. — 265

Сальмонеллезы — 260

- Самоповреждения — 245
- Самоубийство — 80, 456
- Санитарное обследование — вспышки пищевого отравления — 277
- Светильный газ — отравление — 245
- Свинец — отравление — 271
- Сдавливание отдельных частей тела как причина смерти — 182
- Семенные пятна — исследование — 502
- Серная кислота — отравление — 240
- Симуляция — 333, 335, 339
- Синильная кислота — отравление — 246
- Следственный эксперимент — 68, 361
- Слух — потеря — 301
- Смерть — причина повреждения — 471
- в воде — 184
- от действия высокой температуры — 192
- от действия низкой температуры — 198
- от действия электрического тока — 207
- от высокого давления — 218

- Смерть от низкого давления — 219
 — от голода — 283, 285
 — от психического воздействия — 283
 — от физического перенапряжения — 283, 284
 — от действия ядов — 228
 — понятие — 402, 403
 — определение наступления — 404
 — признаки — 406
 — классификация причин — 405
 — установление причин — 447
 — от болезней — 448
 — следствие аборта — 449
 — внезапная и скоропостижная — 451
 — детей при кормлении — 454
 — детей в яслях — 454
 — при лечебных мероприятиях — 455
 — при занятиях спортом — 455
 — причина смерти младенца — 471
см. Труп, Трупные явления
 Солнечный удар — 191
 Соляная кислота — отравление — 241
 Сотрясение — тела — 58
 — мозга — 59
 Спектральное исследование — отравление — 239
 — крови — 488
 Сперма — 502
 Спортивное оружие — 100
 Спорынья — 269
 Ссадины — 179, 180, 181
 Странгуляционная борозда — 170, 175, 178
 Стрихнин — отравление — 247
 Стронций — 215
 Струпья — искусственные — 355
 Судебная медицина — понятие — 5
 — история — 7
 — развитие судебной медицины в СССР — 10
 — буржуазная — 13
 Судебно-медицинская экспертиза — система и инстанции — 35
 — виды — 20
 — должности судебно-медицинских экспертов — 37
 — учреждения судебно-медицинские — 45
 — предмет — 17
 — эксперты — 19
 — на предварительном следствии — 27
 — документы — 32
 — в судебном заседании — 30
 — в гражданском процессе — 31
- Судебно-медицинская экспертиза смертельных повреждений — 151
 — трупа
 — при самоубийстве
 — живых лиц — 288
 — несмертельных повреждений — 294
 — для определения тяжести телесных повреждений — 294
 — состояния здоровья — 331
 — при самоповреждениях — 345
 — искусственных и притворных болезней — 333
 — определения половой зрелости — 364
 — производительной способности — 370
 — спорного полового состояния — 374 (гермафродитизма)
 — насильственного полового сношения — 382
 — заражение венерической болезнью — 309
 — крови — 484
 — волос — 495
 — спермы — 502
 — по материалам дела — 508, 521
 Сыровидная смазка — 468
- Телесные повреждения — классификация — 299
 — тяжкие — 299
 — легкие — 303, 304
 — определение степени утраты трудоспособности — 302 — *см. Повреждения*
 Теллур — 215
 Температура — действие высокой — 190
 — действие низкой — 195
 Тепловой удар — 191
 Термоядерное оружие — 297
 Тетраэтилсвинец — отравление — 252
 Тождество личности — установление — 400
 Токсикоинфекции — 255
 Токсикология — *см. Отравления*
 Торфяное дубление — 417
 Транспорт — транспортные травмы — 68, 81, 85
 — самоповреждение при помощи транспортных машин — 353
 Трудоспособность — определение утраты Т. — 314
 — классификация видов утраты Т. — 315
 Труп — исследование — 419
 — изменения при утоплении — 184

Труп — разрушения животными и насекомыми — 417

— вскрытие — 421, 426

— осмотр — 421, 427

— эксгумация — 429

— гнилостные изменения — 412, 413

— замерзший — 432

— расчлененный — 432

— дополнительные исследования — 434

— опознание — 435

— реставрация — 437

Трупные явления — охлаждение — 406

— трупные пятна — 407

— трупные окоченения — 409

— посмертное высыхание — 410

— гниение — 411

— трупная сеть — 413

— жировоск — 414

— мумификация — 415

— торфяное дубление — 417

Тупые орудия — 56

Угарный газ — отравление — 245

Удавление петель — 178, 179

— руками — 179, 180

Ударная волна — 217

Уксусная кислота — отравление — 243

Уран — 212

Утопление — понятие и признаки — 182, 183

— механизм — 183, 184

— смерть в воде — 184

— самоубийство — 187

Фармакологическое исследование — отравление — 239

Физическое перенапряжение — 284

Халатность врача — 519

Химическое исследование — при отравлениях — 233

Холостой выстрел — 145

Хлористый этилен — 252

Холод — действие — 196

Циклотрон — 215

Цинк — отравление — 270

Частицы альфа — 212

— бета — 212

Шок — 153, 192, 449

Щелочи едкие — отравление — 241

Эксгумация — 429

Эксперт — ответственность — 29

— см. Судебно-медицинская экспертиза

— компетенция — 22

Экхимозы — 164, 170, 178, 179, 182, 183

Электроны — 212

Электрометка — 204

Электростатическая единица — 214

Электротравма — 199

— виды тока, напряжение, — 200

частота — 200

— сопротивление тканей — 201

— индивидуальные особенности организма — 202

— механизм действий — 203

— вскрытие пораженных электро-
током — 204

— смерть от электротока — 207

— обстановка поражения электрото-
ком — 208

— поражение молнией — 210

Эмболия — 153

Эмфизема — трупная — 412

Ядерная физика — 212

Ядовитые грибы — 265

Ядовитые продукты — 264

Ядовитые растения — 265, 268

Яды — вещество — 220

— задушение от действия ядовитых
газов — 188

— понятие и действие — 221

— хранение и отпуск — 221, 222

— доза — 225

— состояние и концентрация — 225

— сопутствующие вещества — 226

— способ введения — 226

— действие — 227

— самоубийство — 229

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Предисловие к пятому изданию	3
Предисловие к четвертому изданию	3

ВВЕДЕНИЕ

§ 1. Понятие о судебной медицине	5
§ 2. Краткий исторический очерк развития судебной медицины в России	7
§ 3. Развитие судебной медицины в СССР	10
§ 4. Реакционные теории в судебной медицине капиталистических стран	13

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Глава I. Судебномедицинская экспертиза в уголовном процессе

§ 5. Общие положения	15
§ 6. Предмет судебномедицинской экспертизы	17
§ 7. Судебномедицинские эксперты	19
§ 8. Виды судебномедицинской экспертизы	20
§ 9. Пределы компетенции судебномедицинской экспертизы	22
§ 10. Судебномедицинская экспертиза на предварительном следствии и при дознании	27
§ 11. Экспертиза в судебном заседании	30
§ 12. Судебномедицинская экспертиза в гражданском процессе	31
§ 13. Документы судебномедицинской экспертизы	32

Глава II. Организация советской судебномедицинской экспертизы

§ 14. Судебномедицинская экспертиза в системе Министерства здравоохранения СССР	35
§ 15. Должности судебномедицинских экспертов	37
§ 16. Судебномедицинские учреждения	45

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВНЕШНЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Раздел I. Воздействие механических факторов

Глава III. Повреждение (травма)

§ 17. Общая характеристика повреждений и их виды	47
§ 18. Классификация повреждений по происхождению	55
§ 19. Повреждения от тупых орудий (оружия)	56

§ 20. Транспортная травма и судебномедицинская экспертиза при транспортных происшествиях	68
§ 21. Спортивная травма	86
§ 22. Повреждения острыми орудиями и оружием	87

Глава IV. Повреждения от огнестрельного оружия

§ 23. Оружие и боеприпасы	95
§ 24. Факторы, вызывающие образование огнестрельного повреждения	110
§ 25. Следы близкого выстрела	112
§ 26. Отложение копоти при выстрелах на дальнем расстоянии (феномен И. В. Виноградова)	119
§ 27. Составные элементы огнестрельного повреждения	122
§ 28. Происхождение огнестрельных повреждений	148
§ 29. Повреждения от взрывчатых веществ, мин, снарядов гранат и их частей (запалов, детонаторов, взрывателей)	149

Глава V. Судебномедицинская экспертиза смертельных повреждений

§ 30. Смертельные повреждения	151
§ 31. Отличие прижизненных повреждений от посмертных	154
§ 32. Способность к действию при смертельных повреждениях	156

Раздел II. Расстройство здоровья и смерть от кислородного голодания (задушение)

Глава VI. Кислородное голодание (задушение), вызванное механическими факторами

§ 33. Процесс дыхания и кислородное голодание	161
§ 34. Прижизненное течение задушения	163
§ 35. Задушение от механических причин	166
§ 36. Задушение от действия ядовитых веществ	188
§ 37. Задушение от недостатка кислорода во вдыхаемом воздухе	188
§ 38. Задушение от кровопотери	189
§ 39. Задушение при болезненных (патологических) состояниях	189

Раздел III. Воздействие других физических факторов

Глава VII. Болезненные расстройства и смерть от действия высокой и низкой температур

§ 40. Действие высокой температуры	190
§ 41. Действие низкой температуры	195

Глава VIII. Расстройство здоровья и смерть от электричества

§ 42. Поражение промышленным электрическим током (электротравма)	199
§ 43. Поражение атмосферным электричеством (молнией)	210

Глава IX. Расстройство здоровья и смерть от действия ионизирующего излучения (лучевая болезнь)

§ 44. Источники ионизирующего излучения. Типы излучения. Дозы	211
§ 45. Действие ионизирующего излучения на организм человека — лучевая болезнь	214

Глава X. Расстройство здоровья и смерть от необычно высокого и низкого атмосферного давления

- § 46. Болезненные расстройства и смерть от высокого атмосферного давления (кессонная болезнь) 218
- § 47. Болезненные расстройства и смерть от низкого атмосферного давления (горная, высотная болезнь) 219

Раздел IV. Воздействие химических факторов

Глава XI. Расстройство здоровья и смерть от действия химических веществ

- § 48. Общие данные 220
- § 49. Условия действия яда 224
- § 50. Действие ядов на организм 227
- § 51. Происхождение отравлений 229
- § 52. Судебномедицинское доказательство бывшего отравления 230
- § 53. Отдельные яды и их действие 240

Глава XII. Пищевые отравления

- § 54. Общие данные 253
- § 55. Происхождение отравлений 254
- § 56. Пищевые отравления бактериального происхождения (токсикоинфекции) 255
- § 57. Пищевые отравления небактериального происхождения 264
- § 58. Пищевые отравления невыясненного происхождения 271
- § 59. Расследование пищевого отравления 272
- § 60. Примерный план обследования вспышки пищевого отравления 274
- § 61. Порядок расследования и учета пищевых отравлений государственной санитарной инспекцией 277

Раздел V. Другие виды внешнего воздействия, вызывающие расстройство здоровья и смерть

Глава XIII. Болезненные расстройства и смерть от психических воздействий, переутомления и физического перенапряжения, от голода

- § 62. Болезненные расстройства и смерть от психических воздействий 283
- § 63. Болезненные расстройства и смерть от переутомления и физического перенапряжения 284
- § 64. Болезненные расстройства и смерть от голода 285

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ЖИВЫХ ЛИЦ

Раздел I. Поводы к экспертизе живых лиц и общие положения

Глава XIV. Порядок производства экспертизы живых лиц

- § 65. Поводы исследования живых лиц 288
- § 66. Особенности производства экспертизы живых лиц 289

Стр.

Раздел II. Отдельные виды судебномедицинского исследования живых лиц 294

Глава XV. Экспертиза по поводу несмертельных телесных повреждений

- § 67. Общие данные 294
- § 68. Определение степени тяжести телесных повреждений 299
- § 69. Экспертиза заражения венерической болезнью 309
- § 70. Определение потери трудоспособности 314

Глава XVI. Экспертиза определения состояния здоровья, искусственных и притворных болезней

- § 71. Определение состояния здоровья 331
- § 72. Экспертиза искусственных и притворных болезней 333
- § 73. Симуляция умышленная и симуляция патологическая 336
- § 74. Симуляция отдельных симптомов 337
- § 75. Аггравация 344
- § 76. Самоповреждение 345
- § 77. Вопросы, разрешаемые судебномедицинской экспертизой при
искусственных и притворных болезнях 362

Глава XVII. Экспертиза полового состояния

- § 78. Определение половой зрелости 364
- § 79. Установление половой неприкосновенности (девственности) 368
- § 80. Определение производительной способности 370
- § 81. Спорное половое состояние (гермафродитизм) 374

Глава XVIII. Экспертиза беременности, родов, аборта

- § 82. Экспертиза беременности 375
- § 83—84. Незаконное прерывание беременности 376

Глава XIX. Экспертиза при половых преступлениях

- § 85. Экспертиза по поводу насильственного полового сношения 382
- § 86. Развратные действия 391
- § 87. Мужеложство (гомосексуализм) 393

Глава XX. Другие виды судебномедицинской экспертизы живых лиц

- § 88. Определение возраста 395
- § 89. Определение тождества личности 400

ЧАСТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ТРУПА

Раздел I. Общие положения осмотра и исследования трупа

Глава XXI. Учение о смерти и трупных явлениях

	<i>Стр.</i>
§ 90. Умирание и смерть	402
§ 91. Классификация причин смерти	405
§ 92. Первоначальные признаки наступления смерти	406
§ 93. Поздние трупные явления	411

Глава XXII. Судебномедицинское исследование трупа

§ 94. Патологоанатомическое вскрытие	420
§ 95. Судебномедицинское исследование трупа	421
§ 96. Первоначальный осмотр трупа на месте происшествия	421
§ 97. Вскрытие трупа	426
§ 98. Составление акта исследования трупа	428
§ 99. Эксгумация	429
§ 100. Исследование измененных трупов	432
§ 101. Дополнительные исследования	434
§ 102. Оpozнание трупа	435
§ 103. Реставрация трупа	437

Раздел II. Роды и виды смерти

Глава XXIII. Смерть ненасильственная

§ 104. Общие данные	447
§ 105. Судебномедицинская диагностика смерти в связи с преступным абортom	449

Глава XXIV. Судебномедицинская диагностика внезапной и скоропостижной смерти

§ 106. Определение внезапной и скоропостижной смерти	451
§ 107. Скоропостижная смерть при особых обстоятельствах	454

Глава XXV. Судебномедицинская экспертиза при расследовании дел о самоубийствах

§ 108. Мотивы, поводы и причины самоубийства	457
§ 109. Самоубийства при некоторых заболеваниях. Вопросы экспертизы	466

Глава XXVI. Исследование трупов новорожденных

§ 110. Вопросы, разрешаемые при вскрытии трупов новорожденных	467
§ 111. Причины смерти новорожденных	471
§ 112. Исследование выкидышей	474

ЧАСТЬ ПЯТАЯ**СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА)
ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ****Глава XXVII. Судебномедицинское исследование
вещественных доказательств**

	<i>Стр.</i>
§ 113. Общие данные	479
§ 114. Порядок исследования вещественных доказательств	481
§ 115. Исследование следов крови	484
§ 116. Исследование волос	495
§ 117. Исследование семенных пятен	502
§ 118. Другие объекты исследования	506

ЧАСТЬ ШЕСТАЯ**СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА)
ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА**

Глава XXVIII. Судебномедицинское исследование (экспертиза) по материалам дела	508
--	------------

ЧАСТЬ СЕДЬМАЯ**УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

Глава XXIX. Судебномедицинская экспертиза в связи с уголовной ответственностью медицинского персонала . .	513
Предметный указатель	527

А в д е е в Михаил Иванович

Судебная медицина

Издание пятое

Редактор *Е. Я. Лямина*

Переплет художника *А. П. Купцова*

Художественный редактор *Ю. В. Алексеев*

Технический редактор *Н. М. Тарасова*

Сдано в набор 24/II 1960 г. Подписано в печать
26/IV 1960 г. Формат бумаги 60×92¹/₁₆. Объем: физ.
печ. л. 34,0 (в том числе 0,25 вклеек); усл. печ. л. 34,0;
учетно-изд. л. 38,04. Тираж 25 000. Т-04276.
Цена 12 р. 70 к. Заказ 1175.

Госюриздат — Москва, Б — 64, ул. Чкалова, 38—40

Типография № 2 им. Евг. Соколовой
УПП Ленсовнархоза.
Ленинград, Измайловский пр., 29.

12 р. 70 к.



В. ЛАРИЧЕВ

НЕДОСТАЮЩЕ ЗВЕНО